

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né le _____ 1964 et au bénéfice d'un permis d'établissement C, est arrivé en Suisse le 2 juin 2009. Il a travaillé comme employé d'entretien pour l'entreprise C_____ SA du 25 janvier 2011 au 31 janvier 2013, puis pour l'entreprise D_____ SA du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.
2. Ayant été licencié de ces deux emplois pour des raisons économiques, l'assuré s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) à partir du 1^{er} janvier 2014.
3. Dès le 13 juillet 2015, l'assuré a travaillé comme nettoyeur pour l'entreprise E_____ SA (ci-après : l'employeur).
4. Le 20 juillet 2015, lorsqu'il se rendait à son travail, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il circulait à vélo, la roue de celui-ci s'est coincée dans les rails du tramway. Il a chuté et sa tête a heurté le flanc gauche de l'automobile circulant en sens inverse. L'assuré a été grièvement blessé et conduit en ambulance au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG ; cf. rapport de police du 6 août 2015).

L'assuré y a été admis avec un polytraumatisme, soit un traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie partielle, une fracture déplacée vers l'intérieur de l'os pariétal gauche, un hématome épicroânien pariétal gauche, une fracture de la tête de l'humérus droit, une fracture Schatzker V du plateau tibial gauche, une fracture comminutive de la tête du péroné gauche, ainsi qu'une fracture au niveau occipital. Une hospitalisation pour une prise en charge des fractures a été nécessaire et un traitement conservateur de la fracture du crâne avec surveillance neurochirurgicale a été décidé (cf. résumé de séjour du 20 juillet 2015 du service des urgences des HUG).

5. Dès cette date, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
6. Le 31 juillet 2015, l'assuré, souffrant d'une fracture bitubérosaite du plateau tibial gauche (Schatzker V), a subi une ostéosynthèse de celui-ci par double voie d'abord.
Selon le compte-rendu d'opération des HUG du 20 août 2015, les suites de celle-ci étaient simples. L'assuré débutait la rééducation à la marche en décharge et la mobilisation passive du genou. Le 17 août 2015, l'assuré avait été transféré à l'Hôpital de Beau-Séjour pour suite de prise en charge. La cicatrice était alors calme et propre et le status neurovasculaire du membre inférieur gauche dans la norme.
7. Le 9 septembre 2015, l'assuré a quitté l'Hôpital de Beau-Séjour pour retourner à son domicile.

Le diagnostic principal était une fracture Schatzker V des plateaux tibiaux gauches, traitée par ostéosynthèse le 31 juillet 2015, une fracture comminutive de la tête du péroné gauche traitée conservativement, un traumatisme crânien avec perte de

connaissance et une fracture de l'os pariétal gauche avec hématome épicroânien traitée conservativement. Le diagnostic secondaire était une perturbation des tests hépatiques probablement d'origine médicamenteuse. L'assuré présentait une hypertension en comorbidité active et du diabète de type 2 non-insulinorequérant et une goutte en comorbidités inactives. Il devrait poursuivre la physiothérapie à sec en ambulatoire et serait revu le 19 octobre 2015 par le docteur F_____, médecin chef de clinique aux HUG (cf. lettre de sortie du docteur G_____, médecin interne aux HUG, du 15 septembre 2015).

8. Dans un rapport du 21 octobre 2015, le Dr F_____ a informé le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, que l'évolution post opératoire était satisfaisante. Il recommandait l'arrêt immédiat de l'attelle, le sevrage progressif des cannes et l'arrêt de la thrombo-prophylaxie. Il encourageait la poursuite de la physiothérapie de tonification du quadriceps et des ischio-jambiers, la récupération des amplitudes articulaires avec tout particulièrement la lutte anti-flexum, la proprioception du genou et la poursuite de la rééducation à la marche. L'arrêt de travail de l'assuré était maintenu.
9. Par rapport du 21 décembre 2015, le docteur I_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a attesté que l'assuré ressentait des douleurs lors de la mobilisation mais l'évaluation était satisfaisante. Le traitement consistait en de l'antalgie et de la physiothérapie. Il fallait envisager une affectation à un poste de travail approprié et une persistance des douleurs articulaires.
10. Le 21 janvier 2016, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a reçu une demande de prestations de l'assuré.

Les atteintes causées par l'accident du 20 juillet 2015 avaient engendré des lésions au genou gauche, à la mobilité de la main gauche, à l'épaule droite, aux doigts de la main droite et une perte d'équilibre.

11. Le 28 janvier 2016, l'assuré a effectué une scintigraphie osseuse.
D'après le rapport y relatif du docteur J_____, médecin adjoint en médecine nucléaire auprès des HUG, l'assuré présentait des signes d'une atteinte inflammatoire et un remodelage osseux actif inhabituel à six mois post chirurgie, se focalisant à la jonction de la partie inférieure des fragments tibiaux gauches, difficiles à caractériser. À ce remodelage focalisé s'associait une hyperactivité diffuse de la totalité du membre inférieur gauche, faisant suspecter une algoneurodystrophie surajoutée de ce membre.
12. Selon un rapport du Dr F_____ du 17 juillet 2016, les douleurs persistaient et l'assuré était « invalide » pour exercer sa profession. Il était capable d'exercer de façon régulière des travaux légers. Le travail n'était possible qu'en position assise. Il convenait de proscrire la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, ainsi que les risques de chute. Il y avait une diminution de la capacité de travail du fait que l'assuré n'avait pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains, etc. Un travail adapté

était possible et pouvait être exercé à plein temps. Il était impossible de savoir si une amélioration de l'état de santé de l'assuré était possible. Une amélioration de la capacité de travail passait par une réadaptation professionnelle. Un réexamen ultérieur était nécessaire.

13. Le 28 janvier 2016, l'OCE a informé l'OAI que le délai-cadre de l'assuré allait du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015, qu'il avait suivi des cours de français du 3 mars au 2 juin 2014, ainsi que des cours ASAFI du 4 mai au 24 juillet 2015.
14. Le 29 mars 2016, l'OAI a reçu le questionnaire rempli par l'employeur, selon lequel le contrat de travail de l'assuré était prévu du 13 juillet au 18 septembre 2015, avant d'être interrompu par l'accident du 20 juillet 2015. Le salaire horaire total de l'assuré (indemnité de vacances comprise) s'élevait à CHF 21.25. L'activité consistait à nettoyer le sol et la poussière, ce qui impliquait rarement d'être assis et parfois de marcher, rester debout soulever ou porter des poids légers et nécessitait moyennement de la concentration, de l'endurance, du soin et une faculté d'interprétation.
15. D'après le rapport du Dr F_____ du 15 avril 2016, établi à la demande de l'OAI, l'état de l'assuré n'était pas stabilisé.

Était joint un rapport du 31 mars 2016 concernant la consultation du 2 mars 2016, à teneur duquel l'assuré présentait un probable CRPS (syndrome douloureux régional complexe, algoneurodystrophie ou algodystrophie) de son membre inférieur gauche dans le contexte post opératoire pour lequel le Dr F_____ proposait de poursuivre la physiothérapie douce et antalgique, de mobilisation du genou ainsi que de tonification des quadriceps afin de lutter contre l'œdème au niveau de la jambe et du genou. La nature des symptômes de l'assuré devrait tendre vers une amélioration spontanée bien qu'il s'agissait à la base d'une fracture complexe du plateau tibial dont l'évolution était souvent associée à une raideur ainsi qu'une arthrose pouvant être symptomatique et pour laquelle les options chirurgicales à distance étaient parfois limitées en dehors du remplacement prothétique de l'articulation. Par ailleurs, il était difficile d'exclure qu'une composante des douleurs fût associée au matériel, mais il était trop tôt dans l'évolution pour pouvoir considérer l'enlever. Il restait difficile de se prononcer au sujet des activités professionnelles de l'assuré, son état n'étant pas encore stabilisé. Il semblait probable de devoir à l'échéance recourir à une reconversion professionnelle et le Dr F_____ encourageait l'assuré dans ce sens. Il le reverrait dans trois mois afin de refaire le point et discuter d'une éventuelle ablation du matériel selon l'évolution clinique.

16. Dans un rapport du 22 avril 2016, établi à la demande de l'OAI, le Dr H_____ a indiqué que, depuis le 20 juillet 2015, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et à évaluer dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation pouvait débuter immédiatement. Les limitations fonctionnelles visaient la station debout et la marche prolongées. L'assuré se plaignait toujours de douleurs au genou et à la jambe gauches, au membre supérieur droit et de paresthésies à la

main gauche. Le pronostic était réservé, surtout concernant le genou gauche. Aucune activité n'était envisageable car le cas était en cours d'investigation, de traitement et non stabilisé. L'activité exercée n'était plus exigible. Les travaux qui pouvaient être exigés de l'assuré ne pourraient pas être évalués avant trois mois.

17. Le 24 août 2016, l'assuré a été opéré pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse. Compte tenu des suites post opératoires favorables, l'assuré est rentré à son domicile le 26 août 2016 (cf. lettre de sortie du 1^{er} septembre 2016 des HUG).
18. Par rapport du 27 septembre 2016, le Dr H_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, en cours de traitement et non-stabilisé. Il devait être réévalué dans trois mois.
19. Le 24 octobre 2016, l'assuré a effectué une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou.

Le rapport y relatif du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, concluait à des remaniements post-traumatiques du tibia proximal qui présentait un défaut métaphysaire central, mais néanmoins à la présence d'une consolidation du foyer fracturaire après ablation du matériel d'ostéosynthèse ; une lésion cartilagineuse oblique du plateau tibial interne en rapport avec le foyer fracturaire et une ulcération du versant postérieur du plateau tibial externe ; une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne ; une désinsertion et une interruption des tendons de la patte d'oie avec une collection de 2 cm en regard de la zone de désinsertion en amont du tibia proximal, ainsi qu'à un épanchement intra-articulaire.

20. Le 5 novembre 2016, le Dr F_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire, non-stabilisé et que son incapacité de travail demeurait entière.

Dans un rapport du 7 décembre 2016, il a attesté que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lentement favorable et son état non-stabilisé. Le pronostic était réservé. Une reprise du travail dans le nettoyage et le bâtiment serait probablement impossible, de sorte qu'il serait adéquat de prévoir une reconversion professionnelle.

21. Dans un rapport du 21 décembre 2016, le docteur L_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a diagnostiqué, après examen de l'assuré, une pathologie de type patella-baja à mettre sur le compte du syndrome d'algoneurodystrophie. Le testing des ligaments collatéraux internes et externes mettait surtout en évidence une instabilité externe à mettre sur le compte du traumatisme osseux datant de 2015. La palpation de l'insertion des muscles de la patte d'oie, des interlignes articulaires, tant interne qu'externe, déclenchait des douleurs. Sur la base de l'IRM du 24 octobre 2016, les éléments suivants étaient mis en évidence : un foyer de fracture qui semblait peu consolidé, des lésions méniscales internes et externes, non-instables, une rupture partielle du ligament latéral externe et un patella-baja avec un index Caton-Deschamps évalué à environ 0,8. Sa seule recommandation était éventuellement la

réalisation d'une infiltration de corticoïdes intra-articulaire de manière à soulager les douleurs de l'assuré.

22. Dans un rapport du 10 janvier 2017, le docteur M_____, médecin interne du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a relevé la persistance de la gêne du compartiment externe et de la marche avec boiterie. Les consultations s'effectuaient une fois tous les trois mois et la durée prévisible du traitement était de deux ans.
23. Dans un rapport du 14 février 2017, le Dr H_____ a maintenu le diagnostic et réservé le pronostic. Toute activité debout poserait un problème.
24. Le 23 mars 2017, l'assuré a réalisé un examen ponction ou infiltration ostéo-articulaire sous us.
25. À la demande de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement, a indiqué que l'assuré souffrait selon lui d'une gonarthrose post-traumatique. Il s'interrogeait sur l'opportunité d'une prothèse du genou et suggérait à l'assuré de prendre un deuxième avis auprès du docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
26. Ce dernier a reçu l'assuré en consultation le 11 mai 2017. L'examen clinique montrait une instabilité du compartiment externe du genou gauche, due à un affaiblissement de ce plateau à la suite de la fracture, et une palpation des tendons des ischio-jambiers extrêmement douloureuse. La seule solution à long terme serait d'envisager la pose d'une prothèse totale du genou. Il convenait toutefois impérativement d'attendre afin que le genou soit plus calme. L'assuré décrivait des douleurs nocturnes, faisant penser à de l'algodystrophie. Il lui avait prescrit un nouveau bon de physiothérapie et, en cas de persistance des douleurs, il faudrait envisager la pose d'une prothèse d'ici une année ou deux.
27. Dans une appréciation médicale du 19 mai 2017 réalisée à la demande de la SUVA, le Dr N_____ a indiqué que le cas était stabilisé à ce jour. Il existait une arthrose post-traumatique du genou nette sur les clichés. Une prothèse était à envisager lorsque l'assuré serait demandeur. Son ancienne activité de nettoyage n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans port de charges afin de diminuer l'intensité des gonalgies, sans devoir s'agenouiller ni monter sur une échelle ou un toit, une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement, était envisageable. L'assuré serait informé de son droit de rechute si une indication d'arthroplastie était confirmée.
28. Lors d'un entretien du 9 juin 2017, confirmé par écrit, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux dès cette date et de l'indemnité journalière au 30 septembre 2017. De l'avis de son service médical, il n'avait plus besoin de traitement. Elle examinait si elle pouvait encore lui allouer d'autres prestations d'assurance et l'en informerait dès que possible. Il lui appartenait

néanmoins de mettre à profit sa capacité de travail restante en exerçant une activité adaptée à son état de santé.

L'assuré s'y est opposé, en faisant valoir qu'il avait absolument besoin de ses séances de physiothérapies et des médicaments pour le soulager.

29. Par courrier du 19 juin 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'après réexamen de son dossier, elle prendrait en charge, pour une durée de trois ans, un traitement de vingt-sept séances de physiothérapie au maximum par année et, en cas de réelle nécessité, deux consultations annuelles auprès du chirurgien traitant.
30. Le 11 juillet 2017, le syndicat Unia, agissant pour le compte de l'assuré, a demandé à la SUVA d'examiner la demande de rente d'invalidité de celui-ci.
31. La SUVA a maintenu sa position par courrier du 18 septembre 2017.
32. Le 22 novembre 2017, l'assuré a subi une opération pour la mise en place d'une prothèse totale de genou gauche en raison d'une gonarthrose post-traumatique.

Dès cette date, l'assuré a derechef été en incapacité de travail totale.

Selon la lettre de sortie du docteur P_____, médecin interne aux HUG, du 20 décembre 2017, l'assuré avait été hospitalisé pour suivre des thérapies physiques et fonctionnelles pour rééducation post prothèse totale de genou gauche le 22 novembre 2017 pour gonarthrose post-traumatique. Un traitement médicamenteux, de la physiothérapie, la location d'une kinetec à domicile et des contrôle médicaux lui étaient prescrits.

33. Le 21 décembre 2017, la SUVA a confirmé à l'assuré avoir repris le versement des indemnités journalières à partir du 1^{er} octobre 2017.
34. Dans un rapport du 29 janvier 2018 relatif à la consultation du 11 janvier 2018, la doctoresse Q_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué une gonarthrose gauche. L'évolution post-opératoire à six semaines était favorable avec toutefois une persistance des douleurs et une sensation de picotement le long de la cicatrice. La poursuite de la physiothérapie était préconisée surtout dans le but d'améliorer la flexion du genou encore très limitée. Concernant le traitement des douleurs, l'assuré décrivant une difficulté à dormir avec des réveils nocturnes dus à celles-ci. Un médicament en réserve lui était proposé. Le patient serait revu à trois mois post-opératoires pour un nouveau contrôle clinique.
35. Dans un rapport du 31 janvier 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que l'atteinte principale à la santé de l'assuré était une fracture post-traumatique du plateau tibial gauche, ostéosynthésée le 31 juillet 2017, compliquée d'algoneurodystrophie puis d'instabilité externe avec développement d'une gonarthrose post-traumatique, ayant entraîné une incapacité de travail durable dès le 20 juillet 2015 jusqu'à ce jour. La capacité de travail exigible était nulle dans une activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de port de charges, de marche en

terrain accidenté, de montée d'escaliers, sur échelle ou échafaudage, et de travail agenouillé, dès le 19 mai 2017.

36. Le 7 février 2018, le Dr N_____ a indiqué à la SUVA qu'il fallait prévoir cinq mois post-opération pour une stabilisation du cas de l'assuré dans l'activité de nettoyage.
37. Le 23 février 2018, l'OAI a déterminé à 10 % le degré d'invalidité de l'assuré. Le revenu annuel brut avec invalidité était arrêté à CHF 60'320.-, en référence au tableau TA1 (secteur privé), tous secteurs confondus (total), de l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires (ci-après : ESS) 2014, indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives ; recte : niveau 1) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'453.- (à plein temps), soit un montant ajusté en 2016, selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS), de CHF 67'022.-. Une réduction de 10 % était admise en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu annuel brut sans invalidité réactualisé en 2016 de CHF 67'022.- était déterminé selon la même méthode, sous réserve de l'abattement, comme l'assuré était au chômage avant l'atteinte à sa santé. La comparaison des revenus était basée sur l'année 2016 (recte : 2014, l'ESS 2016 ont été rendues publiques le 14 mai 2018), car il s'agissait de la dernière année pour laquelle l'OAI était en possession des indices statistiques. Le fait de retenir la même année pour les revenus avec et sans invalidité en se basant sur le même indice statistique permettait de conserver le parallélisme des données.
38. Dans un rapport du 26 mars 2018, relatif à la consultation du 20 mars 2018, la Dresse Q_____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré stagnait, avec des douleurs persistantes et des picotements le long de la cicatrice. Il était proposé de poursuivre la physiothérapie au vu de l'amélioration des amplitudes articulaires et d'effectuer un nouveau contrôle clinique le 26 juin 2018.
39. Par projet de décision du 6 avril 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} juillet 2016 au 31 août 2017, ce droit s'éteignant dès le 1^{er} septembre 2017.

Étant en incapacité de travail depuis le 20 juillet 2015, l'assuré avait déposé une demande de prestations le 21 janvier 2016. Son statut était celui d'une personne active. Après examen des éléments médicaux de son dossier, le SMR était d'avis que sa capacité de travail dans son activité habituelle d'employé d'entretien était nulle et de façon définitive depuis le 20 juillet 2015, et qu'une capacité de travail de 100 % depuis le 19 mai 2017 était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À la fin du délai d'attente d'un an, soit le 20 juillet 2016, il présentait un degré d'invalidité de 100 %, lequel ouvrait droit à une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2016. À partir du 19 mai 2017, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 100 %. Le calcul du degré d'invalidité susmentionné était repris.

40. Dans son rapport du 10 avril 2018, le Dr H_____ a indiqué qu'à la suite de l'intervention du 22 novembre 2017, l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lentement favorable, avec la persistance de douleurs à la marche. Le pronostic était favorable. Il fallait s'attendre à la persistance de gonalgies. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie avec des analgésiques au besoin. Il y avait un suivi orthopédique régulier des HUG.
41. Le 8 mai 2018, l'assuré s'est opposé au projet de décision du 6 avril 2015. Son état de santé n'était pas encore stabilisé à ce stade. Il avait été réopéré en novembre 2017, intervention à la suite de laquelle la SUVA avait repris le versement des indemnités journalières en sa faveur. Ainsi, la rente d'invalidité ne devait pas être limitée dans le temps.
42. Le 28 juin 2018, le Dr N_____ a examiné l'assuré afin d'effectuer un bilan final à la demande de la SUVA.

Selon les déclarations de l'assuré, l'évolution après la pose de la prothèse sept mois auparavant n'était pas favorable. Il pouvait marcher au maximum 500 m car des douleurs apparaissaient au-delà. Il se plaignait d'un fond douloureux modéré mais permanent, les douleurs étant augmentées à la marche. Il avait également des douleurs sous-rotuliennes et latérales externes, même pendant la nuit. La montée des escaliers était difficile et la descente encore pire. L'assuré suivait toujours trois séances de physiothérapie chaque semaine et appliquait de la glace sur son genou, en plus d'un traitement médicamenteux. Il parvenait à rester assis pendant environ une heure. Il avait consulté la veille son chirurgien traitant qui lui aurait dit « qu'il n'y a[vait] pas grand-chose à faire ».

Le diagnostic visait une fracture du plateau tibial du genou gauche, une ostéosynthèse, une gonarthrose douloureuse et une prothèse totale du genou posée huit mois auparavant.

L'évolution clinique n'était alors pas favorable avec une nette limitation du périmètre de marche, essentiellement lors de la déambulation dans les escaliers. L'assuré se plaignait également de douleurs au niveau de son genou gauche qui restait raide. Ainsi, le Dr N_____ lui avait proposé d'effectuer un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour améliorer la fonction du genou et une évaluation des capacités professionnelles.

43. Par courrier du 4 juillet 2018, l'employeur a indiqué à la SUVA que le gain annuel réalisé par l'assuré aurait été le suivant s'il n'avait pas été victime de son accident :
- en 2015 : CHF 42'806.40,
 - en 2016 : CHF 42'806.40,
 - en 2017 : CHF 43'570.80,
 - en 2018 : CHF 44'990.40.

44. Dans un avis médical du 6 juillet 2018, le SMR a conclu qu'en raison de l'opération du 22 novembre 2017, l'état de santé de l'assuré ne pouvait plus être retenu comme suffisamment stabilisé pour exiger une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Il laissait le soin au gestionnaire d'actualiser le dossier SUVA en août 2018.

45. Du 11 juillet au 8 août 2018, l'assuré a séjourné à la CRR.

Selon le rapport du 16 août 2018 y relatif, les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Sur le plan orthopédique, il avait été posé le diagnostic de l'aspect scintigraphique de synovite du genou gauche et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Sur le plan neurologique, l'évaluation neurologique et l'électroneuromyogramme (ENMG) démontraient une ancienne atteinte tronculaire axonale sensitivomotrice légère du nerf péronier gauche vraisemblablement localisée à environ 3 cm proximal du col péroné ainsi que des signes d'une atteinte axonale chronique dans le muscle tibial antérieur. Il y avait une absence de potentiel sensitive du nerf péronier superficiel et l'ultrason démontrait une légère hypoéchogénéicité sur 3 cm. Ceci pouvait bien expliquer les dysparesthésies à la face externe de la jambe gauche avec proposition d'une approche conservatrice. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient notamment une anxiété, une kinésiophobie, un catastrophisme élevés, ainsi qu'une perception de handicap fonctionnel majeur.

Le traitement antalgique s'était avéré inefficace pour réduire ses douleurs. La majoration antalgique n'apporterait que très peu de soulagement par rapport aux effets secondaires.

L'évolution subjective était plutôt favorable. L'assuré s'était bien investi dans sa rééducation. Il était passablement douloureux surtout par rapport à ses lombalgies ce qui avait limité la réalisation d'un programme de rééducation évolutif. Les limitations fonctionnelles probablement définitives, suivantes étaient retenues par rapport au genou gauche : activités en position à genoux et en position accroupie, longs déplacements surtout sur terrains irréguliers et en pente, montée/descente de façon répétitive des escaliers et des échelles et le port de charges lourdes. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues par rapport à la colonne lombaire : activité en flexion du tronc et le port de charges lourdes.

La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre d'améliorer la fonctionnalité de l'assuré et ses lombalgies. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois. S'agissant du rachis, aucune intervention ni infiltration n'étaient proposées. Il fallait maintenir une mobilité du rachis dans son ensemble associée à des étirements des plans sous-pelviens et surtout un reconditionnement plus global. Aucune nouvelle intervention n'était proposée actuellement pour le genou gauche. La

symptomatologie était en rapport avec une fibrose post-opératoire après les multiples interventions chirurgicales avec exclusion complète d'un diagnostic d'algodystrophie. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de nettoyeur de chantier était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus et des limitations. Celui de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. On pouvait s'attendre à une pleine capacité dans une telle activité, l'interférence de facteurs non-médicaux pouvant toutefois ralentir le processus de réinsertion.

Étaient joints les rapports de la physiothérapeute, de l'ergothérapeute et des médecins, respectivement spécialistes FMH en neurologie, médecine physique et réadaptation, et chirurgie orthopédique.

46. À la demande du Dr H_____, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a procédé, le 11 septembre 2018, à un examen angiologique veineux urgent des membres inférieurs de l'assuré. Depuis mi-août 2018, les deux membres inférieurs de l'assuré présentaient effectivement un œdème remontant de la cheville jusqu'au genou. L'examen angiologique des membres inférieurs était normal, notamment à gauche, permettant d'écarter l'éventualité d'une thrombose veineuse profonde. Le diagnostic différentiel évoqué par la présentation clinique était une dermohypodermite infectieuse, malgré l'absence évidente de porte d'entrée et d'altération de l'état général. En l'absence d'autre explication, un traitement antibiotique était proposé.
47. Dans son examen final du 2 novembre 2018 pour la SUVA, le Dr N_____ a constaté que la marche de l'assuré s'effectuait avec une nette boiterie sur le côté gauche. Le diagnostic portait sur une gonarthrose post traumatique dans les suites d'une fracture complexe du plateau tibial du genou gauche, la persistance d'une raideur et des douleurs allodymiques péri-cicatricielles. Malgré un séjour à la CRR, le résultat n'était pas favorable avec la persistance d'une raideur importante liée à des rétractations des tissus mous. Sur les plans radiologique et scintigraphique, la prothèse était parfaitement bien en place. Il fallait poursuivre le traitement par physiothérapie et ergothérapie. L'ancienne activité de peintre en bâtiment de l'assuré n'était plus exigible actuellement. Une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques brefs déplacements, avec un port de charges ponctuel limitées à 5 kg, sans devoir se déplacer dans des escaliers, sans monter sur une échelle, sans devoir s'agenouiller, sans limitation au niveau des membres supérieurs, était envisageable à la journée entière, sans baisse de rendement.

Selon les déclarations de l'assuré, son séjour à la CRR n'avait eu qu'un effet minime sur son genou. Il se plaignait toujours de douleurs et d'une impression de chaleur locale. Il parvenait à marcher une quinzaine de minutes malgré les douleurs. Certains jours étaient plus pénibles que d'autres. Il avait des douleurs nocturnes, insomniantes. Il parvenait à monter les escaliers sans trop de difficultés, mais la descente était très difficile. Il pensait être capable de conduire occasionnellement en

raison des difficultés sur l'embrayage mais il n'avait plus de voiture actuellement. Sur le plan thérapeutique, il poursuivait son traitement médicamenteux, de physiothérapie et d'ergothérapie. Au quotidien, il restait chez lui, faisait son ménage et regardait la télévision. Il essayait de sortir un peu de son domicile chaque jour.

Le Dr N_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 35 %, en raison d'une arthrose grave. Une année après la mise en place de la prothèse du genou gauche, le résultat était moyen avec une raideur importante du genou.

48. Le 6 novembre 2018, la SUVA a informé l'assuré que son examen avait révélé que sa situation médicale était suffisamment stabilisée. Ainsi, elle mettait fin au paiement des frais médicaux dès ce jour, hormis le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie en cours. Les indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 31 décembre 2018.
49. Selon un rapport des HUG du 13 novembre 2018, la réalisation d'un SPECT-CT à la recherche d'un descellement prothétique était proposée, au vu de l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré à un an postopératoire, avec de fortes douleurs et une limitation de la mobilité. Cet examen serait réalisé le 27 novembre 2018.
50. Dans une note de travail du 11 décembre 2018, un gestionnaire de l'OAI a indiqué qu'il s'alignait sur les conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA et retenait que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée, sans baisse de rendement dès le mois de novembre 2018.
51. Selon l'avis de la permanence de réadaptation de l'OAI du 21 janvier 2019, l'assuré avait une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités qui étaient simples et légères, accessibles sans aucune formation particulière. Les conditions pour l'aide au placement n'étaient pas remplies. Il n'y avait pas de problématique de santé compromettant la recherche d'emploi.
52. Par décision du 8 mai 2019, la SUVA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. Il ne résultait pas de perte économique de la comparaison des salaires sans (CHF 53'690.-) et avec invalidité (CHF 60'968.70).

L'assuré était à même d'exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps, dans différents secteurs économiques.

53. Par décision du 17 mai 2019, l'OAI a repris la teneur du projet de décision du 6 avril 2018, en particulier la motivation du calcul du taux d'invalidité dès le 19 mai 2017, date à laquelle la capacité de travail exigible de l'assuré était de 100%. Puis, il précisait que, suite à l'audition de l'assuré faisant suite à son projet de décision du 6 avril 2018, il avait repris l'instruction du dossier. Au terme de celle-ci, il s'alignait sur les conclusions de la SUVA et admettait que sa capacité de travail n'était exigible qu'à compter du mois de novembre 2018. Partant, la rente était supprimée sur la base d'une perte de gain de 10% à compter du 1^{er} février

2019, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Dès le 1^{er} février 2019, son droit à la rente s'éteignait. Un degré d'invalidité de 10 % ne lui ouvrait pas droit à une rente. Il y avait lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités simples et légères accessibles sans formation particulière.

54. Par acte du 18 juin 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation, à une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité, à la constatation que celui-ci était d'au moins 50 % dès le 1^{er} février 2019, à l'octroi en sa faveur d'une rente d'un taux de 50 %, ainsi qu'au calcul de ladite rente, et, subsidiairement, à la constatation que son taux d'invalidité était d'au moins 33,3 %, à l'octroi d'une rente d'un taux de 25 % et de mesures professionnelles, le tout sous suite de frais et dépens. Préalablement, il demandait notamment qu'une comparution des parties soit ordonnée, ainsi que l'audition de ses médecins traitants, sous réserve d'une expertise judiciaire.

En refusant de lui octroyer une rente à partir du 1^{er} février 2019, l'intimé avait violé les bases légales applicables. En se fondant sur le tableau TA1 de l'ESS 2014 pour fixer son revenu « sans invalidité » [sic], l'OAI avait oublié qu'il ne pouvait pas exercer la moitié des métiers indiqués dans l'ESS. Il n'aurait pas dû se baser sur un taux hebdomadaire de 41,7 heures, mais de 40 heures car il avait toujours travaillé 40 heures par semaine. En se basant sur l'ESS 2014 secteur service lignes 45-96, il apparaissait que le salaire était de CHF 4'971.-, et non pas de CHF 5'312.-, soit CHF 59'652.- par année. Après l'indexation à 2016, ce montant était porté à CHF 4'967.- par mois, soit CHF 59'604.- par année. Ce n'était donc pas un revenu de CHF 67'022.- qui devait être retenu, mais de CHF 59'604.-.

En ne retenant qu'une réduction de 10 %, l'OAI n'avait pas tenu compte du fait qu'il présentait des limitations fonctionnelles importantes qui avaient été décrites tant par le SMR que ses propres médecins. L'OAI n'avait pas non plus pris en considération son âge, le fait qu'il ne parlait pas français, n'avait aucune formation en Suisse ou à l'étranger et que cela ne faisait que cinq ans et demi qu'il était en Suisse au moment de l'accident. L'OAI aurait ainsi dû prévoir une réduction de 25 %, soit un revenu annuel brut de CHF 44'703.-. Ainsi, la perte subie s'élevait en réalité à CHF 22'319.-, soit 33,3 % au moins. Il n'avait pas non plus été tenu compte d'une baisse de rendement. Aucun stage n'avait été effectué auprès des Établissements Pour l'Intégration (ci-après : les ÉPI) afin de confirmer qu'il n'y avait pas de baisse de rendement.

Tandis que ses médecins avaient estimé que le jour où il pourrait retravailler, il faudrait mettre en place des mesures de réadaptation, l'intimé n'expliquait pas pour quelles raisons il ne pouvait pas bénéficier de mesures d'orientation professionnelle. Il n'était pas nécessaire, pour l'octroi de mesures de réadaptation, que l'invalidité atteigne un degré minimum d'invalidité. Il n'avait jamais fait valoir qu'il était en

incapacité de travail pour toujours. Il ne pouvait donc pas être considéré qu'il n'avait pas de motivation subjective pour effectuer des mesures professionnelles. Son invalidité rendait impossible l'exercice de son activité antérieure de nettoyeur en bâtiment et de peintre et le limitait dans le choix d'une profession, de sorte qu'il avait besoin d'une orientation professionnelle spécialisée.

55. Dans ses écritures responsives du 22 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il maintenait sa position en précisant au surplus qu'il n'était pas tenu de décrire avec précision les activités exigibles et s'était à juste titre fondé sur l'ESS TA1, tous secteurs confondus, pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples. S'agissant de l'abattement de 10 %, hormis les limitations fonctionnelles, il n'y avait pas d'autres éléments déterminants dans ce contexte qui justifiaient une réduction supplémentaire du taux retenu. L'âge du recourant ne correspondait pas à un âge avancé au sens de la jurisprudence. Le manque de formation professionnelle ne constituait pas un critère de réduction. Il était par ailleurs tenu compte d'éventuels facteurs de réduction du salaire en raison du bas niveau des qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques en se référant au niveau d'exigences 1, et ceci ne constituait pas un motif de déduction du salaire selon lesdits tableaux. Le recourant pouvait exercer différentes activités adaptées qui ne nécessitaient pas de formation complémentaire. L'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait donc superflu, ce d'autant que le recourant n'avait jamais allégué de difficultés dans la recherche d'un emploi plus adapté en raison de son état de santé. Compte tenu du faible degré d'invalidité du recourant et de sa capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une mesure d'ordre professionnelle ne se justifiait pas. Étant donné que les limitations fonctionnelles du recourant n'étaient pas de nature à l'entraver de manière spécifique dans sa recherche d'emploi, il n'avait pas non plus le droit à une mesure d'aide au placement.

56. Le 20 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions et précédents développements.

57. Par décision du Tribunal civil du 21 août 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique dans le cadre de la présente cause.

58. Le 29 janvier 2020, a eu lieu une audience de comparution personnelle des parties.

a. Aux dires du recourant, sa situation avait beaucoup changé depuis le dépôt de son recours. Il allait être opéré le 4 juin 2020, sa prothèse devant être retirée. Ses douleurs au genou gauche avaient empiré depuis que la prothèse lui avait été installée. Il avait constamment des douleurs au genou gauche qui étaient parfois plus fortes. Il gérait les douleurs en prenant quelques fois des médicaments, deux ou trois fois pendant la semaine. Il arrivait à marcher mais devait parfois s'arrêter lorsque les douleurs dans sa jambe gauche étaient trop fortes. Il lui était très difficile de monter et descendre les escaliers. Lorsqu'il marchait un peu plus, son

genou enflait. Il avait également consulté un autre médecin récemment en raison de brûlures sous la plante des pieds. Le 21 janvier 2020, il avait effectué une échographie, dont il attendait les résultats. Il y avait une aggravation de son état de santé. Lorsqu'il avait fait un accident vasculaire cérébral au mois d'août 2019, les HUG lui avaient indiqué qu'il avait des séquelles dues à l'accident. Il contestait désormais sa capacité de travail au vu de ces faits nouveaux. Son état de santé n'était pas stabilisé à l'époque. Il avait déposé un recours contre la décision de la SUVA à laquelle il avait demandé de reconsidérer sa décision et de recommencer à lui verser des indemnités journalières (cause A/3122/2019). Lors de son accident du 20 juillet 2015, il travaillait pour l'employeur depuis une semaine, pour une durée de deux mois, après laquelle il aurait dû retourner au chômage si son contrat n'avait pas été prolongé tel que prévu. Aux dires des chefs de l'entreprise, il devait être engagé pour une durée indéterminée compte tenu de la qualité de son travail. L'échéance de son délai-cadre approchant, il avait accepté cet emploi qui consistait en du nettoyage dans des locaux fermés (bureaux, commerces) et à l'extérieur (vitres). Auparavant, il effectuait du nettoyage de chantiers pour D_____ SA, ainsi que des travaux de peinture occasionnellement. Avant son entrée auprès de D_____ SA, il travaillait en tant que peintre en bâtiment. Lorsqu'il vivait au Portugal, il travaillait dans le bâtiment. S'agissant de sa vie quotidienne actuelle, il passait la moitié de son temps à son domicile, puis sortait faire un tour, parfois au centre commercial voisin. Il habitait seul mais dans le même immeuble que sa sœur et son beau-frère, avec lesquels il prenait ses repas. L'un de ces derniers lui faisait ses courses. Il s'occupait de son ménage lorsqu'il y arrivait, ne parvenant pas à se baisser comme il ne pouvait pas plier le genou. Financièrement, il vivait actuellement de l'indemnité reçue de la SUVA et d'un petit rétroactif de l'assurance-invalidité. Ces montants allaient bientôt être dépensés et il devrait redemander des prestations de l'Hospice général. Il sollicitait l'apport de son dossier SUVA et produisait les pièces suivantes :

- des convocations des HUG du 28 janvier 2020 pour une consultation préopératoire du 29 mai 2020 et une intervention prévue le 4 juin 2020 ;

- un compte-rendu écrit de l'entretien d'information du 28 janvier 2020 du recourant avec le docteur S_____, médecin chef de clinique auprès des HUG, indiquant que le diagnostic retenu était une douleur persistante au genou gauche et l'intervention chirurgicale prévue : une mobilisation sous narcose du genou gauche, une révision et un changement de la prothèse totale du genou gauche. Les traitements alternatifs consistaient en de la physiothérapie, une utilisation de cannes avec décharge ou charge partielle du membre inférieur atteint et des antalgiques. L'intervention nécessiterait une hospitalisation pendant environ cinq jours, - durant laquelle l'assuré suivrait de la physiothérapie, qu'il poursuivrait ensuite en ambulatoire -, et un contrôle à six semaines postopératoires avec radiographies.

b. L'intimé n'avait pas connaissance d'une pratique qui permettrait à une personne dans la situation du recourant d'obtenir des informations sur des postes qui pourraient lui convenir, hors orientation professionnelle. Il maintenait sa position.

c. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était 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, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. À titre liminaire, il convient de déterminer l'objet du litige.
5. a. L'objet du litige dans la procédure administrative de recours est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2). Dans la 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, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

b. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005).

c. En l'espèce, au vu des conclusions du recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2019 et à des mesures professionnelles.

d. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties, le recourant a invoqué une aggravation de son état de santé depuis le dépôt de son recours le 18 juin 2019. Cette question n'entre pas dans l'objet du litige, car elle concerne des faits intervenus après la décision querellée.

6. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

b. Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption totale et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

7. 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).

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.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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.

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

h. 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).

9. a. 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 et les références citées). 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).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il n'y a pas lieu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ;

ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu au sens de 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 ; ATF 124 V 90 consid. 4b).

c. Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG), exclut que la charge de l'apport de la preuve (« Beweisführungslast ») incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où les faits dont elles entendaient déduire des droits, n'ont pas pu être prouvés. Cette règle de preuve s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves, un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté par le recourant, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, qu'il a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité de juillet 2016 à fin octobre 2018 (en raison des opérations et douleurs subséquentes de sa jambe gauche) et qu'à compter du 1^{er} novembre 2018, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En effet, tant le rapport de la CRR du 16 août 2018 que l'examen final du Dr N_____ du 8 novembre 2018 s'accordent sur le fait que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} novembre 2018, sans que rien ne remette en cause leur valeur probante.

En conclusion, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a présenté une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, – soit en position assise, tout en permettant quelques brefs déplacements, avec un port de charges ponctuel limité à 5 kg, sans avoir à se déplacer dans des escaliers, sans monter sur une échelle, sans devoir s'agenouiller, sans limitation au niveau des membres supérieurs –, dès le 1^{er} novembre 2018.

11. En second lieu, il convient de déterminer le degré d'invalidité du recourant dès le 1^{er} février 2019, soit trois mois après qu'il a recouvré une capacité de gain dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI).
12. a. 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 LPG et 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus sans et avec invalidité 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).

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 ; 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier de s'en écarter et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS. Tel sera le cas lorsqu'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré n'est disponible 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. Ainsi, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles. Il s'agit également de 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 ou en cas de travail intérimaire (ATAS/226/2018 du 13 mars 2018 et les références citées).

c. 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 (devenue depuis lors le tableau TA1_tirage_skill_level, 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, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1; 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).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

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). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

Le critère de l'âge ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels telles la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné. Le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel

susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi les arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Une déduction maximale ne peut dès lors se justifier que lorsque plusieurs des éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis chez un assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.3).

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 ; 123 V 150 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. 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'invalidité est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

e. Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

13. a. Le recourant a fait valoir que l'on ignorait sur quelle ligne du tableau TA1 de l'ESS 2014, l'OAI s'était fondé pour fixer le revenu sans invalidité.

Il ressort de la motivation de la décision du 17 mai 2019 que l'intimé a repris le calcul auquel il avait procédé dans son projet de décision pour fixer le taux d'invalidité du recourant à 10% dès le 1^{er} février 2019. Il pouvait procéder ainsi, car les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique. En effet, dans ce cas de figure, il est 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. Pour le même motif, même si l'intimé s'était référé à l'ESS 2016, comme il aurait pu le faire lors de la décision querellée, cela aurait été sans incidence sur le taux d'invalidité du recourant. Le calcul de l'invalidité est détaillé dans la décision querellée, qui expose clairement que les revenus avec et sans invalidité sont fondés sur l'ESS 2014, tableau TA1, tous secteurs confondus (total). L'on ne peut ainsi reprocher à l'intimé de ne pas avoir précisé quelle ligne du tableau TA1 de l'ESS 2014 il avait retenue.

b. Dans un second grief, le recourant fait valoir que l'intimé n'avait pas tenu compte du fait qu'il ne pouvait pas exercer la moitié des métiers indiqués dans l'ESS. Ce grief concerne manifestement le revenu avec invalidité. Il doit être rejeté, car selon la jurisprudence précitée, la valeur statistique médiane s'applique, 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 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. (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

c. Le recourant reproche encore à l'intimé de s'être fondé sur un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, car il avait toujours travaillé 40 heures par semaine.

En l'occurrence, l'intimé n'a pas tenu compte, pour fixer le revenu sans invalidité, de la dernière activité du recourant, dès lors qu'il était au chômage et au bénéfice d'un contrat de durée déterminée depuis le 13 juillet 2015, lors de la survenance de son incapacité de travail à partir du 20 juillet 2015. L'activité de nettoyeur auprès d'E_____ SA n'a pas été exercée suffisamment longtemps pour que la rémunération y relative puisse être retenue afin d'établir le revenu sans invalidité et s'inscrivait dans le cadre d'une période de chômage, auquel le recourant était inscrit depuis le 1^{er} janvier 2014. Dès lors que l'intimé s'est fondé sur les données

statistiques, il n'avait pas à tenir compte de la situation concrète du recourant, mais devait se référer à la moyenne usuelle dans les entreprises, étant précisé que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures. Il sera encore relevé que le choix de l'intimé de se référer aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité est favorable au recourant, puisque ce revenu est plus élevé que celui retenu par la SUVA.

d. Le recourant a encore contesté l'abattement retenu.

L'intimé a correctement retenu un abattement de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Les autres facteurs permettant un abattement supplémentaire ne sont pas réalisés. L'âge du recourant, son manque de formation et de maîtrise du français ne constituent pas des facteurs susceptibles de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, s'agissant d'activités simples et répétitives de niveau de compétence 1.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu un abattement de 10%.

e. Le taux d'invalidité retenu par l'intimé de 10% a été correctement établi et il n'ouvre pas au recourant le droit à une rente d'invalidité. C'est donc à bon droit que l'intimé lui refusé le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2019.

14. Reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

15. a. Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 1 let. a LAI) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 let. b LAI).

Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3 let. b LAI).

b. L'assuré pour lequel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI).

Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure, et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle [CMRP], nos 2001 et 2002 p. 16).

L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas

suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

c. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI). Une perte de gain de 20 % ouvre en principe droit à une mesure de reclassement (ATAS/226/2018 du 13 mars 2018 consid. 12 et les références citées).

d. L'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (art. 18 al. 1 let. a LAI) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (art. 18 al. 1 let. b LAI). L'OAI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (art. 18 al. 2 LAI).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'OAI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, I 170/06 du 26 février 2007 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_879/2008 du 21 janvier 2009 et les références citées).

Sous l'empire de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, il a été admis qu'avait droit au service de placement, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, devait faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telle que des aides visuelles, ou à l'égard de l'employeur (par exemple, une tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, devait faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y avait en revanche pas de droit à une aide au placement lorsque l'assuré disposait d'une capacité de travail de 10 % dans une activité adaptée et qu'il ne présentait pas de limitations fonctionnelles particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (par exemple, pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour expliquer et négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, comme ne pas savoir parler une des langues nationales, n'étaient pas pris en considération lors de l'examen du droit de l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

Le Tribunal fédéral a confirmé que le principe selon lequel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même, reste valable après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2).

Ainsi, en présence de limitations visant des mesures d'épargne rachidiennes et une absence de port de charges, le Tribunal fédéral a considéré que, lorsque le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existe pas d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté. L'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaît donc superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Cette notion de « marché du travail » correspond à celle de l'art. 7 LPGA, disposition dont le but est de délimiter les prestations de l'AI de celles de l'assurance-chômage (ATAS/226/2018 du 13 mars 2018 consid. 14c et les références citées).

e. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées). Celles-ci ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2).

Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivie par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesure de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3 et les références citées).

f. Sont réputées nécessaires et appropriées, toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire, et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85).

Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

16. a. En l'occurrence, la perte de gain liée à l'invalidité s'établit seulement à 10 %, ce qui demeure insuffisant pour pouvoir prétendre à un reclassement au sens de l'art. 17 LAI.

b. Quant à l'octroi d'une orientation professionnelle, il ne ressort pas des pièces versées au dossier que le recourant rencontrerait de réelles difficultés pour retrouver une activité lucrative adaptée à ses limitations. Le Tribunal fédéral a en effet considéré en présence de limitations similaires (mesures d'épargne rachidiennes et absence de port de charges) que lorsque le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière (ce qui a été admis par la Haute Cour dans le cas précis), il n'existe guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaît superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011, consid. 4.3). On rappellera enfin que le « marché du travail » auquel cette jurisprudence se réfère correspond à la notion de marché du travail équilibré au sens de l'art. 7 LPGA et que cette disposition a précisément pour but de délimiter les prestations de l'assurance-invalidité de celles de l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 du 3 mars 2006 consid. 2.3; Ulrich MEYER, Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Hans-Ulrich STAUFFER, Basile CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd. 2014, p. 359 n. 134 ad art. 28a LAI). Ainsi, ce n'est pas parce que le recourant était toujours sans emploi à la date de la décision querellée ou, cas échéant, que l'office cantonal de l'emploi l'ait considéré passagèrement inapte au placement qu'il en résulte ipso facto un droit à une mesure d'orientation professionnelle.

c. Une aide au placement doit également être déniée au recourant, celui-ci disposant d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. En outre, à l'examen des pièces du dossier, le recourant n'a pas rendu vraisemblable que ce sont des limitations liées à son état de santé – et non des facteurs dont l'AI n'a pas à répondre, comme le manque de formation – qui l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi. Il n'apparaît pas que les restrictions à la mobilité du recourant soient telles qu'elles l'entraveraient dans sa recherche de travail, notamment en participant à un entretien d'embauche.

Il s'ensuit qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne peut être accordée au recourant.

17. Les faits de la cause sont suffisamment établis par les pièces du dossier pour trancher le litige. Il ne se justifie dès lors pas de procéder à l'audition des médecins traitants du recourant ni d'ordonner une expertise.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, étant précisé qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé pour faire valoir tout changement de sa situation postérieur au 1^{er} novembre 2018 en apportant les éléments le démontrant.
19. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il n'y a pas lieu de mettre un émolument sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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