

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2652/2024

ATAS/132/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2026

Chambre 2

En la cause

A _____
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, mandataire

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves
MABILLARD, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Le 24 juin 2019, A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1977, en attente d'une décision au sujet d'une autorisation de séjour – qu'il a obtenue en 2021 –, marié et père de trois enfants nés en 1996, 1998 et 2001, tous domiciliés à la même adresse que lui dans le canton de Genève, était employé au taux de 100%, soit 40 heures par semaine, en qualité d'installateur – ou monteur – en chauffage, auprès d'une société à responsabilité limitée, B_____ SÀRL (ci-après : l'employeur), qui était sise à la même adresse que lui-même depuis janvier 2019 mais dont les associés étaient des tiers, le « patron » étant un beau-frère.

b. Le 24 juin 2019, l'assuré a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre LAA » de la part de l'employeur, en raison d'une fracture au dos (à gauche et à droite) – seule partie du corps blessée – à la suite d'un accident survenu le même jour et consistant en ce qui suit : « en travaillant sur son échelle au rez-de-chaussée, lui-même a basculé par-dessus d'[une gaine] de ventilation et tombé au sous-sol [environ] 5 à 6 mètres plus bas ».

Cet accident professionnel a été pris en charge par l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou la caisse), avec l'octroi de prestations d'assurance (frais de traitement et indemnités journalières).

c. Le 3 juillet 2019, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté une incapacité de travail de 100% du 24 juin au 11 août 2019, à réévaluer, pour cause d'accident.

Il ressort de rapports de ce service des HUG des 2, 3, 17 et 19 juillet 2019 que l'assuré, « en bonne santé habituelle », a été opéré en chirurgie le 27 juin 2019, avec notamment une spondylodèse postérieure de D11 à L3 et reconstruction antérieure par SpineJack, en raison d'une « fracture vertébrale instable », plus une « cimentoplastie (ciment Interface) ». Le 19 juillet 2019 était posé le diagnostic de « fracture de D12-L1 type B2 selon l'AO N0, M0) avec composante A4 de L1 le 27.06.2019 ». À teneur du rapport du 17 juillet 2019, les suites opératoires étaient favorables. Le 16 août 2019, ledit service a prescrit des mesures physiothérapeutiques. Le 1^{er} octobre 2019, il a constaté une évolution radioclinique favorable, sans besoin régulier d'antidouleur mais avec une douleur restant en regard de la côte 12 du côté gauche qui empêchait le patient de se tenir debout plus de 2 heures, prescrivant en outre une continuation de la physiothérapie de renforcement et un arrêt de travail supplémentaire d'un mois avec une reprise du travail à 50% par la suite.

En parallèle, le département diagnostique des HUG, avec en particulier des radiologues, a, les 24 juin, 2 et 12 juillet et 25 septembre 2019, effectué une

description aux plans statique et morphologique. Notamment, dans le rapport du 2 juillet 2019 faisant suite à une « radiographie colonne totale » de la veille, était notée « une fuite du matériel de cimentoplastie antérieurement dépassant le mur antérieur sur l'incidence de face d'environ 3 mm ».

Depuis le 12 août 2019, le docteur C_____, médecin praticien FMH, a régulièrement certifié des incapacités totales de travail pour cause d'accident.

À compter du 1^{er} décembre 2019, des incapacités totales de travail ont régulièrement, mois par mois, été attestées par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

d. Selon une attestation du Dr D_____ du 3 février 2020, reçue le 6 février suivant par la caisse, l'intéressé continuait à recevoir des soins de physiothérapie et de médicaments, souffrait et était encore très raide ; l'évolution était encore improbable et surtout la reprise de travail dans son ancien métier restait encore à définir.

Le 3 février 2020 également, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, par le docteur E_____, médecin adjoint, a relevé des évolutions fonctionnelle et des douleurs mitigées, avec une amélioration des douleurs au niveau dorsal (site opératoire) mais une péjoration des douleurs au niveau lombaire bas avec une irradiation sur les crêtes iliaques. Le renforcement à sec et en piscine devait être continué et un arrêt de travail à 100% était maintenu pour le mois de février 2020.

e. Par appréciation médicale du 5 février 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a cité entre autres une note de « suite » du 8 janvier 2020 du Dr E_____ et a posé les diagnostics de fracture B2 de L1, de petite fracture de D12 type B2 également, sans trouble neurologique, ainsi que de status post-ostéosynthèse T11-L3. Il a, à la question de savoir si, au vu des éléments médicaux, l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident, répondu : « La réponse est non à 100%. Peut-être à 50%. Justifié par le Dr E_____ ».

f. Le 6 février 2020, le Dr C_____ a diagnostiqué une « fracture D12-L1, lésion ligamentaire », a indiqué un pronostic moyen, des consultations une à deux fois par mois pour une durée indéfinie, une reprise de travail prévue le 1^{er} mars 2020, et a répondu positivement aux questions de savoir si la SUVA devait intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié et s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

g. Le 7 février 2020, le médecin d'arrondissement de la caisse a maintenu ses réponses.

h. Le 13 mars 2020, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, qui, dans son rapport du 18 mars suivant, a émis des constatations et a évoqué les questions de

l'exigibilité de son métier habituel de plombier chauffagiste et la nécessité d'une évaluation fonctionnelle de ses capacités.

i. Lors d'un entretien téléphonique du 28 avril 2020 avec un gestionnaire de la SUVA, l'intéressé a décrit sa situation et son état de santé actuels.

j. Le 5 mai 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a noté l'absence de progression au niveau fonctionnel ainsi que de diminution des douleurs, malgré un patient qui était très compliant et compréhensif, et a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR).

B. a. Par demande déposée le 14 mai 2020, l'assuré a sollicité de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI, l'office ou l'intimé) des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison de l'atteinte à la colonne vertébrale à la suite de l'accident du 24 juin 2019, et avec la mention d'une incapacité de travail à 100% à partir de cette date.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office a, le 29 mai 2020, recueilli le dossier de la SUVA, ainsi que divers renseignements aux plans professionnel et médical.

Le 4 juin 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a énoncé le « diagnostic principal » de « dorsalgie de la région dorso-lombaire conflit avec matériel de spondylodèse (13/05/2020) » et a écrit que l'assuré semblait souffrir actuellement de douleurs liées à la présence du matériel mais pas seulement compte tenu de la présence de douleurs mécaniques lombaires.

Selon un rapport du 9 juin 2020 du Dr D_____, le patient restait en arrêt de travail, malgré une évolution objectivement favorable, la récupération d'une mobilité satisfaisante et une rééducation, mais il ne pouvait pas reprendre le travail, à cause des douleurs et d'une angoisse depuis le COVID-19 (pandémie depuis laquelle il y avait une régression). Les diagnostics étaient une « fracture vertébrale, ostéodynhèse » (*sic*) et éventuellement un syndrome de stress post-traumatique, tous avec répercussion sur sa capacité de travail. Le traitement consistait en de la physiothérapie selon le protocole des HUG, de même qu'en des antalgiques et anti-inflammatoires. La douleur et la compliance médiocre ne permettaient pas de déterminer les restrictions fonctionnelles, que le Dr D_____ a toutefois décrites plus bas de la manière suivante : « activité à mobilité réduite, alternance de position (NDR : debout et assis), petits déplacements, pas de port de charge, pas d'agenouillement, pas de torsion du tronc, pas de montée-descente des escaliers », « petits déplacements » possibles, activité « sédentaire » dans laquelle l'intéressé pourrait reprendre une activité professionnelle au début à 50%, alors qu'il n'y avait certainement pas de capacité de travail dans l'activité habituelle.

Selon un « rapport d'évaluation IP » établi le 28 juillet 2020 et faisant suite à un entretien téléphonique du même jour, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a noté entre autres une scolarité obligatoire dans le pays d'origine de l'assuré – qui était arrivé en Suisse en 2008 – ainsi que l'absence de formation certifiée, puis, sous proposition : « L'expression et la compréhension du français sont maîtrisées, par contre l'écrit laisse à désirer. Notre assuré ne souhaite pas actuellement bénéficier d'un cours de français ».

Le 29 juillet 2020, l'employeur a complété un questionnaire de l'AI, avec notamment la description de l'activité de l'intéressé à son service, à savoir, au plan physique : rarement être assis, souvent marcher, rester debout et soulever/porter des poids légers (0-10 kg), parfois soulever/porter des poids moyens (10-25 kg) et rarement soulever/porter des poids lourds (plus de 25 kg).

Après un rapport de suivi clinique du 6 juillet 2020 et un rapport de consultation préopératoire du 22 juillet 2020, et à teneur de rapports des 1^{er} et 4 septembre 2020 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assuré a, le 1^{er} septembre 2020, fait l'objet d'une ablation du matériel de spondylodèse (qui le gênait). D'après un rapport du 16 septembre 2020, des mesures physiothérapeutiques, dans le cadre du « protocole rachis-hanche », ont été prévues.

Le 4 décembre 2020 a eu lieu un entretien téléphonique entre la division réadaptation professionnelle de l'OAI et l'assuré, lors duquel ce dernier a réitéré son refus de suivre un cours de français, au motif, selon la note écrite de ladite division, d'une éventuelle reprise d'activité dans le courant du mois de janvier ou février 2021.

c. Du 15 décembre 2020 au 20 janvier 2021, l'assuré a, à la demande de la SUVA, séjourné, en vue d'une rééducation et d'une évaluation professionnelle, au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR, séjour durant lequel, notamment, il a été pris en charge dans des ateliers professionnels sur des durées allant jusqu'à 4 heures consécutives, pour des activités très légères.

Selon le rapport – de synthèse – de la CRR du 25 janvier 2021, le diagnostic principal était : « 24.06.2019 : fracture D11 et D12 stable (type A1) et fracture instable L1 avec atteinte ligamentaire D12-L1 = type B1 selon l'AO (CT et IRM) » ; les diagnostics secondaires : « abcès dentaire [gauche] au décours avec indication à extraction dentaire à la suite d'une évaluation maxillo-faciale », et « 31.12.2020 : discopathie D12-L1 avec complexe disco-ostéophyttaire postérieur responsable d'un rétrécissement canalaire discret. Bombement discal plus marqué à droite en L4-L5 en contact avec la racine L5 descendante droite (IRM) ». Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (selon les diagnostics) ; des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une kinésiophobie légère, un catastrophisme

élevé et une perception du handicap fonctionnel moyenne chez un patient centré sur la douleur, avec quelques traits anxio-dépressifs. L'évolution subjective et objective était clairement favorable, la participation de l'intéressé aux thérapies avait été considérée comme bonne et aucune incohérence n'avait été relevée. Étaient retenues « les limitations fonctionnelles provisoires pour le rachis suivantes » : les activités en porte-à-faux et avec besoin de flexions répétitives du tronc, les stations prolongées debout ou assis statique, les ports de charges lourdes répétitifs de plus de 15-20 kg. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur chauffagiste à 100% était actuellement encore défavorable, mais, à la demande de l'intéressé, une tentative de reprise à 50% pourrait être réalisée fin janvier - début février 2021. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée (respectant les limitations fonctionnelles) était favorable. Il y avait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 15 décembre 2020 au 27 janvier 2021, puis à réévaluer. Une consultation à la CRR était prévue pour le 20 avril 2021.

Étaient en outre, entre autres, établis un rapport sur les ateliers professionnels auxquels l'intéressé avait participé et une « évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) » réalisée par une physiothérapeute diplômée, qui retenait notamment une réelle volonté de l'assuré de donner le maximum aux tests, un niveau de cohérence élevé, une bonne connaissance des techniques de travail ergonomique ainsi que « des frottements/soutiens de la région douloureuse (dorsolombaire) » et « des plaintes fréquentes d'une douleur dorsolombaire ». Le « comportement au travail » allait de « satisfaisant » à « très bien » ; le « port de charges » allait de « léger à moyennement lourd (10-15 kg) ». À cela s'ajoutait un rapport « Réadaptation de l'appareil locomoteur » rédigé par une autre physiothérapeute diplômée,

Des IRM de la colonne dorsale et de la colonne lombaire avaient été effectuées le 31 décembre 2020 par le Centre hospitalier du Valais romand.

d. Au plan professionnel, lors d'un entretien téléphonique du 19 février 2021 avec la SUVA (selon une note du même jour), l'assuré a confirmé avoir repris son activité habituelle à 50%, soit tous les matins de la semaine, depuis le 2 février 2021. Dans ce cadre, il réalisait les tâches liées à sa profession, mais évitait le port de charges de plus de 10 kg. Il ressentait encore des difficultés pour la montée des escaliers de manière répétée ; en fin de journée, les douleurs lombaires étaient plus présentes, notamment en raison des efforts effectués durant le travail.

Le 22 février 2021, l'office a communiqué à l'intéressé, en vue du « maintien au poste de travail », qu'il prenait en charge les coûts d'un conseil d'accompagnement concernant le maintien de son emploi en tant qu'intervention précoce, avec un suivi par G_____ du 22 février au 31 mai 2021.

Dans un « rapport MOP » et un « rapport de clôture IP en vue de DDP » signés le 7 avril 2021 par le collaborateur G_____, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a examiné la situation et a proposé, afin de s'assurer d'un risque de rechute pour un assuré victime d'un grave accident et travaillant avec des charges lourdes, la mise en place d'un suivi de reprise dans le cadre d'une mesure de placement pendant trois mois dès le 1^{er} avril 2021.

Par téléphone du 19 avril 2021, « le *case manager* en charge du dossier à la SUVA » a confirmé à la division réadaptation professionnelle de l'OAI que l'intéressé avait repris son activité habituelle au taux de 100% le 1^{er} avril 2021 et qu'il devait actuellement faire une pause de 15 minutes toutes les une à 2 heures.

e. Le 25 mars 2021, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} avril 2021 et prévue à 100% à partir du 1^{er} mai 2021, toujours pour accident. Ce médecin a ensuite, le 5 mai 2021, attesté une capacité de travail nulle du 24 au 30 avril 2021 puis du 1^{er} au 31 mai 2021, une capacité de travail à 100% étant à nouveau prévue à compter du 1^{er} juin 2021.

f. Le 20 avril 2021, à la suite d'une consultation du même jour, la CRR a établi un certificat d'incapacité de travail à 100% pour le même jour puis pour une longue durée dans l'activité de monteur chauffagiste

Ces conclusions ont été expliquées dans un rapport du 27 avril 2021 de la CRR. Après trois mois environ de reprise comme monteur sanitaire à 50%, ladite reprise « tout comme la continuité de la physiothérapie » étaient douloureuses, et les tests fonctionnels comparatifs effectués le 20 avril 2021 ne montraient aucune amélioration, « même sur certains d'entre eux une péjoration ». Étaient retenues « les limitations fonctionnelles pour le rachis définitives » suivantes : « les activités en porte-à-faux et avec besoin de flexion répétitive du tronc, les stations prolongées debout ou assis statique et les ports de charge lourde répétitifs de plus de 15-20 kg ».

g. En parallèle, le 13 avril 2021 a eu lieu un entretien téléphonique entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré, dont ressortaient des douleurs au travail apparaissant très rapidement et l'empêchant de pouvoir travailler avec un rendement complet, les lourdes tâches n'étant en outre plus possibles, et le 26 mai 2021 a eu lieu un entretien dans les bureaux de l'employeur, concernant la reprise d'activité, l'état de santé actuel et une activité adaptée.

h. Les 31 mai et 28 juillet 2021, le collaborateur G_____, de la division réadaptation professionnelle de l'office, a eu des entretiens téléphoniques avec le gestionnaire de la caisse.

i. Selon une note téléphonique de la SUVA du 25 juin 2021, c'était selon toute vraisemblance par erreur que le Dr D_____ avait attesté le 10 juin 2021, ensuite d'une capacité de travail de 50% pour le mois de juin 2021, une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} juillet 2021, alors que l'assuré avait, selon ses dires,

repris depuis le 1^{er} juin 2021 son activité habituelle tout en évitant les manipulations de lourdes charges et positions inconfortables.

À la suite d'un examen de l'assuré le 21 juillet 2021, le Dr F_____, médecin d'arrondissement de la caisse, a établi une évaluation le même jour. Selon le médecin d'arrondissement, le cas était stabilisé. Les limitations fonctionnelles émises par la CRR étaient admises. Malgré ces limitations et de manière contradictoire par rapport aux constatations faites à l'examen, l'assuré exerçait actuellement son métier habituel de monteur chauffagiste, bien que contraire aux limitations fonctionnelles retenues, ce à 50% avec, sur une période de 4 heures, 10 minutes de pause ; et, selon ses déclarations, l'assuré « [portait] jusqu'à 10 kg sans problème, au-delà les choses [étaient] un peu plus difficiles ». Compte tenu des limitations fonctionnelles admises, il était extrêmement difficile de se projeter dans une reprise à 100%, sauf si elle faisait l'objet d'un aménagement au sein de l'entreprise. « Cet aménagement qui ferait alors reconnaître une perte de rendement de 10% à répartir sur la journée de façon libre en fonction des besoins de l'assuré », « ce qui [représentait] 50 minutes à répartir en pauses supplémentaires sur une journée de 8 heures ».

Dans un autre document, établi le 22 juillet 2021, le médecin d'arrondissement a exposé retenir une atteinte à l'intégrité de 10%.

j. Entretemps, le 14 juin 2021, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, sous la signature du docteur H_____, médecin chef de clinique, a, à la suite d'une consultation et d'une « radiographie EOS » ayant eu lieu le 26 mai 2021, posé le diagnostic principal de « déformation acquise de la colonne vertébrale post-traumatique D12-L1 avec 18° de cyphose segmentaire (26.05.2021) », avec une comorbidité consistant en une « inégalité congénitale des membres inférieurs en défaveur de la droite de 5 mm (27.01.2021) ». À l'examen clinique, la cicatrice était propre et calme, il y avait une absence de douleur à la palpation paravertébrale, mais une « douleur à la palpation entre les apophyses épineuses au niveau lombo sacré ». Selon la synthèse du rapport, une partie des douleurs mécaniques présentées par le patient étaient vraisemblablement dues à la déformation résiduelle post-traumatique et aux mécanismes de compensation qu'elle engendrait ; pour cette dernière, un traitement chirurgical par XLIF afin de corriger cette déformation serait envisageable, mais l'intéressé ne le souhaitait pas pour l'instant. L'autre possibilité, en cas de douleurs lombaires basses, consisterait en des infiltrations facettaires ou interépineuses, mais, en raison de la localisation des douleurs plutôt thoracolombaire actuellement, ce geste n'était pas proposé au patient pour le moment.

k. Il ressort d'un entretien du 3 août 2021 entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré que celui-ci avait, depuis sa reprise de l'activité d'installateur sanitaire le 1^{er} juin 2021, abandonné toutes les tâches qui touchaient à la profession de chauffagiste, car les charges dans celle-ci étaient bien plus lourdes que dans celle

d'installateur sanitaire, et qu'il ne travaillait en fait dans cette activité que les cinq matins de la semaine (du lundi au vendredi) de 7h30 à 11h30 avec, par matin, deux pauses d'une dizaine de minutes (« afin de récupérer quelque peu »), et avec une possibilité de « manipuler au maximum et sur une courte distance uniquement des poids entre 15 et 20 kg (caisse à outils, marteau-piqueur, etc.), par habitude mes collègues le font à ma place ». L'assuré précisait que « les postures penchées en avant ou avec les bras au-dessus de la tête [étaient] pénibles au-delà de 4-5 minutes » (ce qui rendait non réalisable l'activité de soudure avec le chalumeau), et que, « par la suite, [il était] contraint de changer de position ou de [se] dégourdir le dos quelques instants ». D'après l'intéressé, une augmentation du taux de travail au-delà de 50% était peu probable, malgré sa persévérance, car ce taux constituait le maximum de sa capacité.

l. Par « appréciation médicale » du 5 août 2021, le Dr F_____ a conclu que le métier habituel de plombier-chauffagiste n'était plus exigible, alors que toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par la CRR, c'est-à-dire ni les activités en porte-à-faux avec besoin de flexions répétitives du tronc, ni les stations prolongées debout et assis statiques, ni les ports de charges lourdes répétitifs de plus de 15-20 kg, ni, en complément, les actions de rotation du tronc, bassin fixé, étaient exigibles à 100%, sans perte de rendement.

m. Par lettre du 5 août 2021 également, compte tenu du fait que selon le médecin d'arrondissement il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles, la caisse a fait part à l'intéressé de ce qu'il serait mis fin à la prise en charge du traitement médicamenteux, avec néanmoins une consultation par année à la CRR en 2021 et 2022 prise en charge, le traitement de physiothérapie étant quant à lui superflu car non souhaité, et de ce que l'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 31 octobre 2021 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

Par décision du 12 novembre 2021 – contre laquelle l'intéressé n'a pas formé opposition –, la SUVA a reconnu à celui-ci, à compter du 1^{er} novembre 2021, une rente d'invalidité de 13% (taux arrondi par rapport à 12.87%) fondée sur une incapacité de gain du même degré et résultant de la comparaison entre, d'une part, le gain de CHF 78'864.- qui serait obtenu sans l'accident et, d'autre part, le salaire – avec invalidité – de CHF 68'717.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour un niveau de compétences 1, avec une capacité d'exercer en plein une activité respectant les limitations fonctionnelles en dépit des séquelles de l'accident, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%.

n. Dans une « note de travail MOP » du 4 février 2022 et un « rapport final – MOP » du 9 février 2022, le collaborateur G_____, de la division réadaptation professionnelle de l'office, a fait sien le taux d'invalidité de 13% retenu par la caisse et a clôturé son mandat. Dans le document « détermination du degré d'invalidité » du 9 février 2022 également, il est parvenu, pour 2022 et après

indexations, à un revenu annuel brut avec invalidité – sur la base de l'ESS 2018 – de CHF 68'906.- et à un revenu annuel sans invalidité pour un plein temps de CHF 78'864.-, d'où une perte de gain de CHF 9'958.- correspondant à 12.63%.

o. Par projet de décision du 10 février 2022, l'OAI a envisagé le rejet de la demande de prestations AI. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'intéressé, dont le statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

Dans les motifs de ce projet de décision était noté que, depuis le 24 juin 2019 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. D'après les éléments médicaux ou professionnels recueillis et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'atteinte à la santé de l'intéressé avait entraîné une incapacité de travail – totale – depuis le 24 juin 2019, puis à 50% du 2 février au 20 avril 2021 et depuis le 1^{er} juin 2021 ; bien que son activité lucrative habituelle n'était plus exigible, l'assuré continuait à exercer cette activité à un taux de 50%. Toutefois, dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 100% sans baisse de rendement depuis octobre 2020 au moins (trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 30 juillet 2020 [*recte* : 1^{er} septembre 2020]). L'intéressé avait été reçu par la division réadaptation professionnelle de l'office, qui avait mis en place des mesures de maintien au poste de travail. Les revenus sans et avec invalidité selon le document « détermination du degré d'invalidité » du 9 février 2022 étaient repris, d'où une perte de gain de 12.63%, arrondie à 13%, inférieure au taux minimal de 40% requis pour l'ouverture du droit à une rente. En outre, en l'absence d'une perte de gain de 20% environ, des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être octroyées. Partant, aucune invalidité durable ne pouvait être reconnue et le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait être refusé.

p. Le 7 mars 2022, l'assuré a formé opposition contre ce projet de décision, sollicitant une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles, après s'être prévalu d'une situation financière difficile de lui-même et sa famille.

q. Par décision du 18 mars 2022, l'OAI a persisté dans les termes de son projet de décision.

- C.** **a.** Par acte du 29 avril 2022, l'assuré, désormais représenté par une association de défense des assurés (ci-après : l'association mandataire), a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision, concluant à son annulation et, cela fait, à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'AI, en particulier une rente et des mesures professionnelles dont notamment une orientation professionnelle.

b. Le 30 mai 2022, le recourant a complété son recours, requérant en outre une expertise médicale orthopédique indépendante afin de définir sa capacité de travail et son rendement compte tenu de la déformation résiduelle post-traumatique.

Selon lui, sur le fond, les douleurs engendrées par les atteintes à la colonne vertébrale l'empêchaient d'avoir une capacité de travail avec un rendement de 100% comme estimé par l'intimé, c'est-à-dire qu'il présentait une capacité de travail médico-théorique non effective sur le marché primaire du travail. De surcroît, et en conclusion, le recourant estimait que son état de santé n'était pas encore stabilisé, qu'il présentait de fortes douleurs en raison de la déformation résiduelle post-traumatique et que celles-ci affectaient sa capacité de gain.

c. Par réponse du 27 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon lui, les investigations menées par la SUVA ne prêtaient pas le flanc à la critique.

d. Par réplique du 13 septembre 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours.

D'après lui, on peinait à comprendre quel employeur sur un marché économique privé engagerait un travailleur dans un emploi simple et répétitif présentant des restrictions physiques et nécessitant des pauses régulières équivalentes à 50 minutes par jour et à répartir sur l'ensemble des 8 heures de travail journalières, ainsi qu'un aménagement au sein de l'entreprise.

Selon un rapport établi le 16 août 2022 par le Dr D_____ en réponse à des questions de l'association mandataire, la capacité de travail de l'assuré était de 50% depuis le 1^{er} juin 2021 dans son ancienne activité et dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles qu'étaient l'impossibilité de soulever et porter des charges, marcher pour des longs trajets, monter et descendre les escaliers, fléchir le tronc, s'accroupir. Compte tenu des restrictions et de l'impotence ressortant du rapport du 14 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, seule une activité adaptée était envisageable, avec un rendement de 50%. À la question de savoir si la déformation – constatée par ledit service – pouvait encore évoluer, voire se péjorer, était répondu : « Il n'y a plus d'évolution envisageable ». Toujours d'après le Dr D_____ ; compte tenu de l'évaluation détaillée de la CRR et sans s'opposer à une expertise, l'utilité d'une expertise médicale orthopédique n'était pas démontrée. S'agissant du pronostic, était indiqué : « Evolution stationnaire définitive ».

e. Par arrêt du 2 mai 2023 (ATAS/287/2023, dans la cause A/1331/2022), la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours, a annulé la décision du 18 mars 2022 querellée et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

En effet, il n'existait pas au dossier d'avis médicaux suffisamment probants et circonstanciés pour déterminer le degré de capacité de travail du recourant au sens de l'AI dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles reconnues par la CRR et le Dr F_____, voire éventuellement aussi celles attestées en plus par le Dr D_____. En outre, les rapports du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 14 juin 2021 et ceux du Dr D_____, même s'ils ne se prononçaient pas de manière circonstanciée sur la capacité de travail de l'intéressé, laissaient subsister des doutes relativement à la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA s'agissant de l'AI, une éventuelle incapacité de travail pouvant aller jusqu'à 50% n'apparaissant pas exclue en l'état actuel du dossier. Ainsi, l'intimé s'était contenté jusqu'à présent de recevoir des rapports des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont il avait repris l'appréciation sans examen approfondi et sans même interroger le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), la situation médicale restant ainsi très peu instruite. La cause lui était en conséquence renvoyée pour instruction approfondie, avec en particulier une expertise médicale, de toutes les questions pertinentes afférentes à la situation médicale du recourant et à son évolution, notamment sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision au sujet de son éventuel droit à une rente et/ou des mesures professionnelles. Cette instruction complémentaire prendrait en compte, par économie de procédure, l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui serait rendue.

- D. a.** À la demande formulée le 23 août 2023 par le SMR, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et orthopédique a été confiée à SWISS EXPERTISES MÉDICALES SÀRL à Aigle, plus précisément aux docteurs I_____, spécialiste en rhumatologie, et J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui ont procédé à leurs examens cliniques le 14 novembre 2023, respectivement le 17 novembre suivant, le rapport d'expertise étant établi le 2 janvier 2024, avec une évaluation consensuelle et un rapport d'expertise pour chacune des deux spécialités médicales.

Selon l'évaluation consensuelle, les diagnostics pertinents était, au plan rhumatologique, un status post chirurgie lombaire, un « status post fracture de d11-d12 stable, » un status post fracture de L1 ostéosynthésée stable et un status post cimentoplastie de L1, et, au plan orthopédique, un « status après stabilisation chirurgicale à la suite d'une fracture instable de L1 avec atteinte du mur antérieur et fracture de D11/D12 stables, traitée conservativement », étant précisé que lors de la stabilisation, il y avait eu une cimentoplastie avec fuite de ciment antérieurement.

Les plaintes de l'expertisé n'avaient pas été confirmées par les examens cliniques effectués par les experts mais pouvaient correspondre aux séquelles du

traumatisme subi et pouvait être cohérentes et plausibles au vu de l'évolution et selon l'étude du dossier.

Les limitations fonctionnelles consistaient, au plan rhumatologique, en l'évitement de porter des charges de plus de 5 à 10 kg de façon répétée ainsi que de monter et descendre les échelles et les échafaudages, et, au plan orthopédique, en l'épargne (absence de contrainte) du rachis, en des charges limitées à 5 à 10 kg (NDR : 10 kg à teneur du rapport d'expertise orthopédique uniquement), en l'absence de porte-à-faux du rachis (dorso-lombaire) et de rotation de celui-ci, de même que – d'après le rapport d'expertise orthopédique uniquement – en des changements de positions assise et debout avec des périodes de détente possible.

Toujours selon les experts, la capacité de travail était, aux plans rhumatologique et orthopédique, de 50% dans l'activité habituelle (non adaptée) de monteur sanitaire, mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susdécrites, sans diminution de rendement, ce depuis juin 2021. Plus précisément, d'après l'expert orthopédiste, la capacité de travail avait, depuis le 24 juin 2019, toujours été nulle dans l'activité initiale de monteur chauffagiste comme dans une autre « activité lourde », et, dans une « activité plus légère de monteur sanitaire », elle avait été aussi de 0% du 24 juin 2019 à fin mai 2021 mais était de 50% à partir de juin 2021, alors qu'elle était entière dès juin 2021 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Toujours selon le rapport d'expertise du Dr J_____, l'expertisé « [déclarait] que dans son activité professionnelle il ne [déplaçait] pas de charge lourde mais qu'à plus de 50% cette activité [n'était] pas possible, en raison de mouvements déclenchant des douleurs ».

À teneur de l'évaluation consensuelle, la capacité de travail pouvait encore être améliorée de manière significative non au plan rhumatologique, mais au plan orthopédique avec des exercices de renforcement isométriques de la musculature du rachis à enseigner à l'expertisé.

b. Dans un rapport du 8 janvier 2024, le SMR, considérant que les conclusions de ces deux experts étaient cohérentes, a retenu une capacité de travail, dans l'activité habituelle d'installateur en chauffage, de 0% dès le 24 juin 2019 et, dans une activité adaptée, de 0% depuis lors également puis de 100% à compter de juin 2021 (date aussi du début de l'aptitude à la réadaptation), les limitations fonctionnelles consistant en l'évitement du port de charge de plus de 5 à 10 kg et de la station debout et assise prolongée, en la possibilité de changement de position, de même qu'en l'évitement des flexions/rotations répétitives du rachis, des mouvements en porte-à-faux du rachis et de la montée et descente des échelles et échafaudages.

c. Dans un document « mandat de réadaptation » du 21 février 2024, la ou le responsable de l'équipe réadaptation de l'OAI a considéré qu'un nombre significatif des nombreuses activités simples et répétitives que recouvrait le

marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier, étaient, sans aucune formation spécifique, adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle ou encore des activités d'accueil, ces domaines professionnels étant adaptés, réalistes et réalisables sur le marché de l'emploi ordinaire à un taux de 100%. Concernant l'évaluation théorique de la perte de gain, la comparaison des revenus établie le 9 septembre 2022 par le service de réadaptation était confirmée.

d. Par projet de décision du 26 février 2024, l'office a envisagé la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité (100%) du 1^{er} novembre 2020 – six mois après le dépôt de la demande AI – au 31 août 2021, puis l'extinction du droit dès le 1^{er} septembre 2021 – soit trois mois après la reconnaissance d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée –, des mesures professionnelles n'étant quant à elles pas de nature à réduire le dommage de manière notable dans la mesure où elles ne permettraient pas d'augmenter la capacité de gain.

Dans les motifs de ce projet de décision était noté que, les revenus avec et sans invalidité selon le document « détermination du degré d'invalidité » du 9 février 2022 étaient repris mais avec une reprise à 100% seulement à partir du 1^{er} juin 2021, d'où depuis lors une perte de gain de 12.63%, arrondie à 13%, inférieure au taux minimal de 40% requis pour l'ouverture du droit à une rente. En l'absence d'une perte de gain de 20% environ, des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être octroyées. Les conclusions du service de réadaptation du 9 février 2022 étaient toujours d'actualité, y compris concernant les mesures professionnelles.

e. Le 22 mars 2024, le dossier AI a été envoyé à l'intéressé, à la demande de ce dernier.

En parallèle, à teneur d'un questionnaire médical AI rempli le 11 avril 2024, le Dr D_____ ne suivait plus l'assuré depuis la dernière consultation du 26 mai 2022. Le patient avait toujours été en arrêt de travail complet, avec des douleurs de type inflammatoire dorso-lombaire et avec une impotence fonctionnelle complète. Il ne pouvait pas se pencher en avant, ni travailler debout, ni rien porter debout, ni monter ou descendre les escaliers de manière répétitive. Était potentiellement adapté un travail assis, sédentaire, avec possibilité de se lever et de changer de position, le rendement étant réduit d'au moins 50% dans une telle activité sédentaire assise. Le traitement prescrit était : « AINS ; physio, rééducation à la CRR, AMO ».

f. Par décision du 19 juin 2024, l'AI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré ainsi qu'une rente pour enfant liée à la rente du père pour K_____, née en 2001, du 1^{er} novembre 2020 au 31 août 2021, décision à laquelle était annexée une motivation qui reprenait le contenu du projet de décision du 26 février 2024 (qui n'avait pas été contesté par l'intéressé).

- E.** **a.** Par acte daté du 17 août 2024 et expédié le 19 août suivant, l'assuré, toujours représenté par l'association mandataire, a, auprès de la chambre de céans, interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'AI, en particulier une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2021, la valeur probante de l'expertise des Drs I_____ et J_____ étant niée en raison d'un manque de cohérence et d'une absence d'explication claire quant au motif d'une amélioration de son état de santé en juin 2021.
- b.** Par réponse du 17 septembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.
- c.** Par réplique du 14 novembre 2024, le recourant a persisté dans les conclusions et griefs de son recours.

Dans un rapport adressé le 3 novembre 2024 à l'association mandataire, le Dr D_____ indiquait avoir reçu l'assuré en consultation, en 2024, les 23 avril, 3 et 18 juin ainsi que 3 juillet. Le patient gardait les séquelles (douleurs et raideurs) importantes et définitives de son accident, avec un enraidissement important en cyphose qui résistait à tous les traitements conservateurs, et il y avait une résignation de sa part devant ses douleurs et l'impotence fonctionnelle qui en découlait. Sa capacité de travail était, dans son ancien métier, de 0% et, dans une activité adaptée, de 50% qui allait diminuer avec le temps, de sorte qu'il fallait envisager une réduction de cette capacité.

d. En réponses à des demandes formulées le 27 juin 2025 par la chambre de céans, le recourant a, le 30 juin 2025, produit les questions de l'association mandataire du 24 octobre 2024 auxquelles le Dr D_____ avait répondu le 3 novembre 2024.

e. Toujours en réponse aux demandes formulées le 27 juin 2025 par la chambre des assurances sociales, l'assuré a, par écriture du 17 juillet 2025 et sur la base d'attestations d'employeurs émises en juillet 2025, indiqué qu'il avait travaillé : - du 1^{er} février 2021 au 30 novembre 2021 auprès de l'employeur, à 50% (de 8h00 à 12h00), en qualité d'installateur sanitaire, avec la précision « Travaux effectués en raison de sa santé des petites tâches, bricole et dépannage, etc. » ; - du 1^{er} octobre 2022 au 31 décembre 2022 au service de L_____ SÀRL, au taux de 50%, comme installateur sanitaire, en effectuant de petits travaux de plomberie, notamment des poses de robinetteries et de lavabos ainsi que des dépannages simples (remplacements et réglages mineurs), et ce, « conformément aux dispositions convenues », sans porter des charges supérieures à 20 kg ; - depuis le 1^{er} mars 2023 pour M_____ SA, à 50% (du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00), en tant qu'installateur sanitaire, avec des tâches adaptées à sa situation de santé, notamment de petits dépannages (fuites, joints, interventions mineures), la pose de robinetterie, le remplacement de siphons, l'installation ou le remplacement de lavabos, d'autres petits travaux de plomberie n'exigeant pas le

port de charges lourdes, avec la limitation strictement respectée de l'évitement du port de charges supérieures à 20 kg.

f. Le 16 septembre 2025 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties.

Notamment, ladite chambre et l'OAI ont relevé que, selon le compte individuel AVS (ci-après : CI) au 18 janvier 2024, l'assuré avait travaillé pour N_____ SÀRL d'avril à décembre 2022 et pour L_____ SÀRL d'octobre à décembre 2022. En réponse à ce questionnaire, l'intéressé a indiqué n'avoir aucun document concernant l'employeur N_____ SÀRL autre que les fiches de salaire et ne pas avoir travaillé auprès de L_____ SÀRL d'octobre à décembre 2022, le CI et l'attestation de cet employeur de juillet 2025 constituant selon lui une erreur.

Toujours selon les déclarations de l'assuré, lorsqu'il avait commencé à travailler à 50%, il pensait augmenter son taux d'activité, mais il avait ensuite vu qu'il n'arriverait pas à augmenter ce taux, non seulement en tant qu'installateur sanitaire mais aussi dans toute activité, y compris par exemple comme vendeur dans un supermarché. En effet, selon lui, le problème était qu'il ne pouvait pas rester longtemps debout ou assis, ni marcher longtemps, c'est-à-dire pas plus d'1h00. Après 1h00 ou 1h30, il devait cesser d'être debout et s'asseoir ou s'allonger, pour calmer la douleur au bas du dos. Il devait ensuite rester assis pendant au minimum 20 minutes (s'il ne s'allongeait pas), « pas plus que 30 ou 40 minutes car à la fin de cette durée cela [commençait] à serrer [son] dos de plus en plus fort ». Il pouvait en revanche rester allongé sans limite de temps.

Un peu plus tard, notamment, l'intéressé s'est exprimé ainsi : « Sur question du Président, qui me demande quelles étaient les principales différences entre mon emploi chez B_____ jusqu'en juin 2019 et à partir de 2021, c'était, outre le taux de 50%, le port de charges qui ne pouvait pas dépasser 20kg, que je portais en moyenne 1x par jour chez B_____ et en montant des escaliers, ce qui était beaucoup trop pour moi. Il y avait aussi en 2021 la nécessité de faire des pauses comme je l'ai dit précédemment. Et B_____ n'a pas apprécié que je n'augmente pas mon taux à 100%. Ce sont les raisons pour lesquelles il n'a pas voulu que je reste. C'était plus dur que ce que je fais actuellement. En effet, chez B_____ en 2021 je travaillais sur des chantiers alors que chez M_____ je travaille dans des appartements ».

Le recourant a, en outre, déclaré qu'après son emploi chez L_____ SÀRL, il avait postulé auprès des Transports publics genevois (TPG) pour être chauffeur à 50%, de même qu'auprès des HUG également pour un poste de chauffeur à 50%, postulations qui avaient été refusées sans indication de motifs. Il a, de plus, produit un courriel du 31 décembre 2024 d'une agence de travail intérimaire prenant note de son intérêt porté à une annonce d'un poste de dépanneur sanitaire, ainsi qu'un courriel du 9 janvier 2025 d'une société de sécurité genevoise lui

annonçant que sa candidature au poste d'« agent de sécurité auxiliaire » n'avait pas été retenue au motif que « parmi les nombreux dossiers reçus certains [correspondaient] davantage [aux exigences de ladite société] ».

L'assuré s'est par ailleurs exprimé sur les pourcentages de douleurs suivant les positions et leurs durées, ainsi que sur ce qu'il faisait les après-midis des jours durant lesquels il travaillait le matin.

Selon l'association mandataire, il était irréaliste que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de sa formation, le recourant puisse trouver un emploi avec des tâches simples et répétitives. Il avait donc le droit à une rente ou au moins à des mesures professionnelles qui permettent une reconversion lui permettant ensuite de trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. Comme mesure d'instruction, il serait pertinent de demander un rapport actualisé au Dr D_____.

g. Comme demandé par la chambre des assurances sociales à l'issue de ladite audience, le recourant a, le 6 octobre 2025, produit l'ensemble de ses fiches de salaire depuis février 2021 ainsi que les certificats de salaire de M_____ SA pour 2023 et 2024, et a confirmé ses conclusions.

Notamment, les fiches de salaire de N_____ SÀRL allaient d'avril à août 2022 et celles de L_____ SÀRL d'octobre à décembre 2022.

h. Par plis du 9 octobre 2025, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

1.1 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 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.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, comme cela est reconnu par la décision querellée, le droit à une rente d'invalidité est né en novembre 2020, compte tenu des délais des art. 28 al. 1 let. b et art. 29 al. 1 LAI, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur (jusqu'au 31 décembre 2021).

3. L'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une continuation du versement de sa rente d'invalidité au-delà du 31 août 2021, conformément à ses conclusions de recours, si non à tout le moins à des mesures professionnelles, comme précisé lors de l'audience du 16 septembre 2025.

Il est à cet égard rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

- 4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021,

la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon 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.

4.3 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI 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 – ici dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2022 – (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 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'article 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 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4.4 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).

À cet égard, conformément à l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité (cf. art. 8 al. 1 LPGA), 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.

4.5 Cela étant, 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

4.5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

4.5.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.6 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, le recourant nie la valeur probante des rapports d'expertise consensuelle, rhumatologique et orthopédique des Drs I_____ et J_____ en raison d'un manque de cohérence et d'explication claire quant au motif d'une amélioration de son état de santé en juin 2021 accompagnée d'une augmentation de la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée.

Ses griefs ainsi que la valeur probante desdits rapports d'expertise seront examinés ci-après.

5.1.1 Tout d'abord, selon l'assuré, les experts ne disent rien au sujet du rapport du 14 juin 2021 du Dr H_____, médecin chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

Toutefois, ce rapport du Dr H_____ ne se prononce clairement ni sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressé ni sur sa capacité de travail.

Par ailleurs, sous « anamnèse actuelle », il énonce : « [Le patient] nous décrit une évolution toujours stagnante avec des douleurs paravertébrales, principalement à gauche, de type mécanique, cotées entre 0 et 3/10, sans aucune irradiation dans les membres inférieurs. [À la ligne] Il a tenté une reprise de travail à 50%, celle-ci s'est avérée douloureuse et a été stoppée par son rééducateur de la SUVA. Il nous rapporte n'avoir eu aucun bénéfice de l'ablation du matériel son ostéosynthèse. [À la ligne] Concernant la semelle de compensation, il nous dit l'avoir portée seulement deux semaines, en effet, il avait l'impression d'avoir le bassin tordu avec ».

Ces ressentis du recourant quant à une stagnation des douleurs ne reposent pas sur des causes médicalement établies.

Au demeurant, questionné par la chambre des assurances sociales concernant l'évolution de son état de santé, le recourant diverge quelque peu dans ses propos. En effet, il déclare, au début de l'audience du 16 septembre 2025, qu'après son accident de juin 2019, il y a eu une petite amélioration à la suite de sa deuxième opération (NDR : l'ablation du matériel de spondylodèse ayant eu lieu le 1^{er} septembre 2020) qui avait enlevé le matériel mis lors de sa première opération, mais, un peu plus tard, il dit que, depuis la deuxième opération de septembre 2020, il n'y a pas eu d'amélioration du tout. Par ailleurs, l'intéressé a « l'impression de perdre [ses] capacités physiques jour par jour, c'est certain.

Il y a donc une progressive péjoration ». Il ajoute : « Je vois cela dans mon corps. Je me fatigue très vite. Je relève aussi que j'approche des 50 ans ».

Certes, à teneur du rapport du Dr H_____ précité, en synthèse, une partie des douleurs mécaniques présentées par le patient sont vraisemblablement dues à la déformation résiduelle post-traumatique et aux mécanismes de compensation qu'elle engendre.

Cette assertion ne remet en tant que telle pas en cause les appréciations du médecin d'arrondissement, des experts I_____ et J_____ et du SMR, lesquels admettent une continuation des douleurs avec pour conséquence des limitations fonctionnelles importantes.

Enfin, alors qu'à la fin de son rapport du 14 juin 2021, le Dr H_____ prévoit de revoir le patient le 15 octobre 2021 avec un nouveau contrôle radiologique, il ne ressort pas du dossier que l'intéressé aurait persisté dans son suivi par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

5.1.2 À l'appui de son recours, l'assuré se prévaut ensuite du questionnaire médical AI rempli le 11 avril 2024 par le Dr D_____.

Cependant, dans ce rapport, ce chirurgien orthopédiste indique ne plus le suivre depuis la dernière consultation du 26 mai 2022. De surcroît, comme dans les autres rapports de ce spécialiste, ledit rapport du 11 avril 2024 ne contient pas d'éléments précis et concrets susceptibles de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, mais se contente d'apporter une appréciation quant à la capacité de travail. Au demeurant, ce dernier rapport du Dr D_____, comme celui du 16 août 2022, admet une amélioration de l'état de santé au plan orthopédique, puisqu'il fixe la capacité de travail à 50% depuis le 1^{er} juin 2021 dans à tout le moins une activité adaptée.

Pour le reste, le dernier rapport du Dr D_____, du 3 novembre 2024, n'apporte aucun élément pertinent nouveau, la reprise de consultations auprès de ce chirurgien orthopédiste dès le 23 avril 2024 ne démontrant aucun élément factuel particulier.

On ne voit à cet égard, contrairement à ce que demande le recourant en audience, aucune nécessité ou utilité de demander un nouveau rapport au Dr D_____, qui a déjà exprimé son appréciation et dont une appréciation actualisée ne concernerait pas la période litigieuse, qui va jusqu'au prononcé de la décision querellée le 19 juin 2024.

5.1.3 Certes, il aurait été souhaitable que les rapports d'expertise des Drs I_____ et J_____ soient plus précis concernant les douleurs, leur localisation, leur nature et leur intensité (avec par exemple la mention d'une échelle de douleur sur 10 ou en pourcentages).

Cette imprécision ne remet cependant pas en cause la valeur probante de ces rapports d'expertise.

En particulier, en effet, l'amélioration de l'état de santé et l'augmentation de la capacité de travail au 1^{er} juin 2021 retenues par les experts reposent sur le fait, établi, que l'expertisé a recommencé de travailler de manière continue et durable à partir de cette date, ce qui correspond à une modification notable selon les art. 17 al. 1 LPGA et 88a RAI.

Dans son acte de recours, l'intéressé ne démontre sur ce point aucunement qu'il se serait agi d'une aide de son cousin avec pour une part un salaire social. En effet, dans la suite de la procédure de recours, il a produit une attestation de juillet 2025 de l'employeur – son cousin ou beau-frère – confirmant la réalité de son travail à son service du 1^{er} février au 30 novembre 2021, et, en audience, il a déclaré que cette entreprise lui faisait accomplir des travaux, dans des chantiers, plus durs que chez les employeurs subséquents (travail dans des appartements) et qu'elle n'a pas apprécié qu'il n'augmente pas son taux d'activité à 100% et n'a pour cette raison pas voulu qu'il reste auprès d'elle.

5.1.4 Par ailleurs, le recourant, qui se plaint en audience que sa capacité physique se péjore de jour en jour, ne conteste pas en tant que telles les limitations fonctionnelles retenues par les experts.

5.1.5 En définitive, les rapports d'expertise consensuel et séparés au plans rhumatologique et orthopédique des Drs I_____ et J_____ répondent, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante.

En particulier, cette expertise bidisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans les domaines concernés, en vue d'établir des synthèses des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leurs rapports d'expertise respectifs, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, bien qu'il faille lire attentivement les rapports des experts pour comprendre leurs appréciations en matière de taux de capacité de travail et d'activité adaptée, vu une différence sur ces points suivant les disciplines rhumatologique et orthopédique, leurs conclusions sont suffisamment claires et bien motivées.

5.2 Selon lesdits experts I_____ et J_____, suivis par le SMR et l'OAI, les limitations fonctionnelles de l'assuré consistent, en synthèse (aux plans tant orthopédique que rhumatologique), en l'évitement de porter des charges de plus de 5 à 10 kg ainsi que de monter et descendre les échelles et les échafaudages, en l'épargne du rachis (dorso-lombaire ; absence de contrainte, y compris de flexions répétitives selon le SMR) ainsi qu'en l'absence de porte-à-faux et de rotation

dudit rachis, de même qu'en des changements de positions assise et debout avec des périodes de détente possible.

Toujours d'après les experts, la capacité de travail est, en substance, depuis l'accident de juin 2019 – et sans modification –, nulle dans l'ancienne activité de monteur chauffagiste ainsi que dans toute autre activité aussi lourde, mais, à partir de juin 2021, de 50% dans l'activité désormais habituelle, plus légère mais néanmoins non adaptée, d'installateur sanitaire, mais de 100% dans une activité – strictement – adaptée aux limitations fonctionnelles susdécrites, sans diminution de rendement.

5.3 Ces appréciations des experts, du SMR et de l'intimé en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail ne sont pas infirmées par les autres éléments de fait, tels que ressortant des expériences professionnelles du recourant à compter de juin 2021 ainsi que de l'instruction effectuée par la chambre de céans, ce pour les motifs qui suivent.

5.3.1 Les emplois au service de l'employeur, de N_____ SÀRL et de L_____ SÀRL (avec entre 80 et 88 heures de travail par mois) et auprès de M_____ SA (pour un salaire mensuel net autour de CHF 3'200.-) sont compatibles avec un taux d'activité de 50%.

On peut néanmoins s'interroger sur les faits, d'une part, que les fiches de salaire de N_____ SÀRL pour les mois d'avril à août 2022, produites le 7 octobre 2025, indiquent des salaires bruts d'au total CHF 11'747.35, alors que le CI montre un revenu versé par cette société de CHF 14'794.- entre avril et décembre 2022, et, d'autre part, que les fiches de salaire de L_____ SÀRL portent sur les mois d'octobre à décembre 2022 alors que le recourant a déclaré en audience que cette dernière entreprise avait attesté à tort en juillet 2025 une activité de 50% à son service d'octobre à décembre 2022.

Cependant, ces légères incohérences n'ont pas de conséquence sur l'issue du litige, et il n'y a pas lieu de contester l'affirmation du recourant, formulée lors de l'audience, selon laquelle, lorsqu'il a commencé à travailler à 50% – de manière durable dès juin 2021 –, il pensait augmenter son taux d'activité, mais qu'il a ensuite vu qu'il n'arriverait pas à augmenter ce taux en tant qu'installateur sanitaire, à tout le moins durablement.

5.3.2 En revanche, l'assuré ne peut pas être suivi lorsqu'il soutient, toujours en audience, qu'il ne pourrait pas augmenter son taux d'activité et de capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles telles que reconnues plus haut, ce en raison de ce qui suit.

Selon lui, le problème est qu'il ne peut pas rester longtemps debout ou assis, ni marcher longtemps ; après 1h00 ou 1h30, il doit cesser d'être debout et s'asseoir ou s'allonger, pour calmer la douleur au bas du dos ; il doit ensuite rester assis pendant au minimum 20 minutes (s'il ne s'allonge pas), mais « pas plus que 30 ou 40 minutes car à la fin de cette durée cela commence à serrer [son] dos de plus en

plus fort » ; il peut en revanche rester allongé sans limite de temps. Par ailleurs, toujours en audience, l'assuré précise que, contrairement à ce qu'a dit au téléphone le 19 avril 2021 « le *case manager* en charge du dossier à la SUVA », il n'a pas repris son activité habituelle au taux de 100% le 1^{er} avril 2021, mais qu'il est exact qu'il doit faire une pause de 15-20 minutes toutes les 1h30 – 2h00. Juste après cette précision, à la question de la chambre de céans qui relève qu'il a auparavant déclaré « Après 1 heure ou 1h1/2, je dois cesser d'être debout et m'asseoir ou m'allonger, pour calmer la douleur au dos, au bas du dos. Je dois ensuite rester assis pendant au minimum 20 minutes (si je ne m'allonge pas), pas plus que 30 ou 40 minutes car à la fin de cette durée cela commence à serrer mon dos de plus en plus fort », le recourant répond : « Je ne chronomètre pas de telles durées. J'ai un travail où il y a toujours quelque chose de différent, qui implique des changements de position, par exemple une pause-café de 15-20 minutes en attendant un client. Personne ne peut comprendre ce qu'il y a dans mon corps. Je ne mens jamais ».

De plus, concernant l'intensité des douleurs, l'assuré s'est, toujours lors de l'audience, exprimé en ces termes : « Lorsque je travaille j'ai toujours des douleurs, et c'est pire après la demi-journée de travail. Quand je suis allongé, j'ai une intensité de douleur de 10% (1 sur 10). En ce moment, lors de la présente audience, ce sont des douleurs de 20%, mais ça augmente si je reste trop longtemps dans la même position. À la fin de ma demi-journée de travail, les douleurs sont de 50%, et après repos elles passent à 10%. Au milieu de mon travail, à la fin d'une pause de 20 minutes, mes douleurs sont de 20%. Je n'ai pas d'autre choix que de supporter des douleurs de 20%. À partir de 30% je dois calmer la douleur, par exemple en changeant de position, afin que la douleur n'augmente pas. Une douleur de 60 à 70% est une alarme pour moi. Après deux heures de travail c'est plus difficile de calmer la douleur. C'est pourquoi, dès environ 30% de douleur j'essaie de la calmer, par exemple en mettant quelque chose de mou lorsque je travaille sur les genoux. C'est difficile à expliquer ces questions de douleur. Lorsque j'ai eu l'accident en 2019, j'ai vu la mort et j'ai su que j'aurais des douleurs. 10 à 20% de douleur c'est supportable ; à partir de 30% cela devient problématique ».

Ainsi, selon l'intéressé lui-même, ce qui l'empêche pour la plus grande part d'augmenter son taux d'activité dans ses derniers emplois d'installateur sanitaire (depuis juin 2021), c'est le développement de douleurs trop fortes après une durée debout comprise, suivant les circonstances, entre 1h00 et 2h00, de même qu'après une période assis ayant duré entre 30 et 40 minutes, avec alors la nécessité de changer de position. À cet égard, il ne découle pas des explications formulées en audience par le recourant qu'il aurait nécessairement besoin de faire une pause (de 15 à 20 minutes) en plus du changement de position, ce changement apparaissant, comme cela ressort de ses propres déclarations, suffisant pour calmer les douleurs.

L'activité actuelle d'installateur sanitaire à 100% n'apparaît pas suffisamment adaptée à ce besoin de changement de positions, ni d'ailleurs aux limitations fonctionnelles qui consistent en l'absence de contrainte, y compris de flexions répétitives, du rachis (dorso-lombaire) ainsi qu'en l'absence de porte-à-faux et de rotation de celui-ci.

5.3.3 En droit, il convient en principe d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (*cf.*, dans ce sens, arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4, qui concerne un cas où les limitations fonctionnelles, liées à des lombosciatalgies, sont similaires et même légèrement plus importantes que celles du recourant dans le présent cas).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (*cf.* art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 8C_772/2020 précité consid. 3.3 ; 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent

des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

5.3.4 En l'occurrence, les limitations fonctionnelles, en particulier celle relative à la nécessité régulière de changement de position et de pause, sont certes susceptibles de restreindre le nombre d'emplois disponibles pour l'assuré sur le marché du travail.

Toutefois, il existe des emplois en nombre suffisant qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à son état de santé et qui permettent pour lui un taux d'activité de 100%. Notamment, c'est à juste titre que, dans le document « mandat de réadaptation » du 21 février 2024, la ou le responsable de l'équipe réadaptation de l'OAI considère qu'un nombre significatif d'activités simples et répétitives, que recouvre le marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier, sont, sans aucune formation spécifique, adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle ou encore des activités d'accueil, ces domaines professionnels étant adaptés, réalistes et réalisables sur le marché de l'emploi ordinaire à un taux de 100%. En particulier, de tels emplois permettent des changements de position assise et debout de la propre initiative de l'employé et sont à même d'épargner le rachis.

Pourrait même être également envisageable, au taux de 100%, une activité professionnelle de chauffeur, pour autant qu'elle ne porte pas sur de longs trajets au-delà de 30 à 40 minutes. À cet égard, l'intéressé a postulé à deux reprises entre fin 2024 et début 2025 à un tel emploi (à 50%). De surcroît, à teneur des ses propos tenus en audience, durant son voyage en voiture en 2023, vers son pays d'origine qui est éloigné du canton de Genève de plus de 1'500 km pour une durée d'au minimum 20h00, le recourant a partagé le volant avec son fils, conduisant par exemple pendant 2h00 au maximum et seulement si son fils avait besoin de quelqu'un pour conduire à sa place. Enfin, vers la fin de l'audience, le recourant déclare : « Le Président relève que je suis resté assis pendant deux heures jusqu'à maintenant. En effet, de manière discrète, je change de position tout en restant assis, par exemple en me mettant un peu sur le côté, sinon ça serait insupportable. Je ne souhaite pas demander de pause. En ce moment ma douleur est de 30% environ ». Ces derniers propos n'apparaissent pas incompatibles avec une activité de conduite de véhicule, par exemple de transport ou de livraison, sur des distances relativement limitées dans la région, et avec des possibilités de faire des pauses suffisantes après un trajet.

Il n'est ainsi pas démontré que l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait d'un employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblerait exclu de

trouver un emploi correspondant. On ne se trouve dès lors pas dans un cas où il conviendrait de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail.

5.4 Vu ce qui précède, les éléments probants du dossier confirment dans leur ensemble une capacité de travail du recourant fixée par l'intimé à 100% dès juin 2021 dans une activité adaptée respectant strictement les limitations retenues par les experts et le SMR.

5.5 Chez les assurés actifs – comme le recourant –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

5.5.1 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 consid. 4.1 et les références).

5.5.2 Dans sa décision présentement querellée, l'office reprend le calcul réalisé par le document « détermination du degré d'invalidité » du 9 février 2022, qui parvient, pour 2022 et après indexations, à un revenu annuel sans invalidité pour un plein temps de CHF 78'864.- (selon les informations fournies par l'employeur) et à un revenu annuel brut avec invalidité – sur la base de l'ESS 2018 – de CHF 68'906.-, d'où une perte de gain de CHF 9'958.- correspondant à 12.63%.

L'assuré ne conteste pas ce calcul de son degré d'invalidité tel que fixé par l'OAI le 9 février 2022 (en se référant au calcul effectué auparavant par la SUVA) et confirmé en février 2024 par l'office.

Au demeurant, aucun élément ne remet en doute cette comparaison des revenus sans et avec invalidité. En particulier, le revenu sans invalidité – pour 2022 – repose sur le salaire annuel que l'assuré aurait gagné en 2021 auprès de l'employeur d'après les informations fournies par celui-ci à la SUVA. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'intimé part de l'ESS 2018, tableau « TA1_tirage_skill_level », plus précisément du salaire mensuel (pour 40 heures par semaines) pour les hommes sous « total » pour le niveau de compétence 1 (« tâches physiques ou manuelles simples »), c'est-à-dire CHF 5'417.-. Ce revenu est ensuite ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41.7 heures), puis multiplié par 12, pour atteindre CHF 67'767.-. Après l'indexation des salaires nominaux (selon l'Indice suisse nominal des salaires, « ISS »), il s'élève en 2022 à CHF 68'906.-.

5.5.3 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6, non publié dans l'ATF 148 V 419 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1). S'agissant de la casuistique, par exemple, un taux d'abattement de 5% a été retenu par le Tribunal fédéral pour une assurée de 46 ans présentant un nombre non négligeable de limitations fonctionnelles – « éviter la position assise statique prolongée, la position debout en porte-à-faux et les mouvements de flexion-extension ou de rotation répétée de la colonne cervicale ; pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante ; pas de port de charges supérieur à 10 kg de manière répétée (port de charge limité entre 3 à 5 kg de façon répétitive) ; possibilité de changer de position deux fois par heure ; présence d'un ralentissement psychomoteur, d'attaques de panique, d'un émoussement affectif et d'une diminution des ressources adaptatives » – (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014), pour un assuré né en 1952 ayant une prothèse unicompartementale du genou droit et ne pouvant mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans des activités légères, essentiellement sédentaires (évitement du port de charges supérieures à 10 kg, des montées d'escaliers, des déplacements rapides et des positions agenouillées ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 7.3), de même que pour une assurée née en 1962, de langue maternelle étrangère et invoquant des difficultés en français, avec comme limitations fonctionnelles l'évitement du port répété de charges supérieures à 5-10 kg, des activités nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules et la priorité pour les activités coude au corps (cf. arrêt du

Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3). Des abattements de 10% et 15% ont été confirmés par la Haute Cour dans des cas de non-usage de la main et du bras gauches, respectivement de restrictions d'usage de la main et du bras droits que la personne assurée pouvait néanmoins utiliser de multiples façon en évitant les poids supérieurs à 5 kg ainsi que les coups, les vibrations et les rotations fréquentes de la main droite, compte tenu de l'existence dans le marché du travail équilibré d'emplois compatibles avec ces limitations (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2 ; 8C_350/2013 du 5 juillet 2013 consid. 3.3).

En l'occurrence, on ne voit pas pour quels motifs l'intéressé ne pourrait pas bénéficier d'un abattement par rapport au revenu avec invalidité ressortant des statistiques. Au vu du nombre non négligeable des limitations fonctionnelles du recourant dont aucune ne présente néanmoins une gravité particulière, ainsi que de la pratique du Tribunal fédéral selon les exemples résumés ci-dessus, un abattement de 5% – au maximum – doit être admis, ce qui donne un revenu avec invalidité de CHF 65'461.-.

5.5.4 Il résulte de la comparaison entre le revenu annuel sans invalidité de CHF 78'864.- et ce revenu avec invalidité de CHF 65'461.- une perte de gain – ou degré d'invalidité – de 17% (arrondi ; *cf.* ATF 130 V 121 consid. 3.2).

5.6 Ce degré d'invalidité, inférieur au pourcentage minimal requis de 40% (*cf.* art. 28 al. 2 LAI), ne permet pas l'octroi d'une rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2021, trois mois après l'amélioration de juin 2021 (*cf.* art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI).

6. Se pose ensuite la question des mesures professionnelles – à examiner selon la version de la loi à partir du 1^{er} janvier 2022 (*cf.* notamment ATF 148 V 174 consid. 4.1 *a contrario*) –, vu la capacité de travail de 100% dans une activité entièrement adaptée.

6.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). À teneur de l'art. 8 al. 1bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte de l'âge de l'assuré, de son niveau de développement, de ses aptitudes, et de la durée probable de la vie active. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel.

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).

Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

6.2 Les mesures professionnelles qui suivent pourraient entrer en considération.

6.2.1 Conformément à l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Cette disposition légale est précisée par l'art. 6 RAI.

Toutefois, en l'occurrence, en l'absence d'une perte de gain d'au moins 20% environ, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI) ne peut pas entrer en considération.

6.2.2 Aux termes de l'art. 18 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver (al. 1). L'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (al. 2).

Faute d'être entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi, le recourant ne saurait non plus se voir octroyer une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

6.2.3 En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession a droit à l'orientation professionnelle et à une mesure préparatoire à l'entrée en formation (al. 1). L'assuré auquel son invalidité rend difficile l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (al. 2).

Les objectifs de cette mesure sont que grâce au soutien qui leur est offert à travers l'orientation professionnelle, les personnes assurées identifient des formations qui correspondent à leur âge, leur niveau de développement, leurs aptitudes et leurs intérêts, et qu'elles sont en mesure de suivre. Sont concernées les personnes assurées sur le point de suivre une formation professionnelle ou limitées dans le choix professionnel en raison de leur invalidité et ayant par conséquent besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Office fédéral des assurances

sociales [OFAS], Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI [CMRPr], valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 10.1).

Le Tribunal fédéral a rappelé que 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).

6.3 Dans le cas présent, selon ce qui ressort du dossier, le recourant n'a pas reçu de formation au-delà de l'école obligatoire dans son pays d'origine, dans lequel il n'a reçu aucun diplôme mais a appris et exercé le métier de chauffeur escavateur dans les mines (*cf.* compte rendu de l'entretien du 11 novembre 2019 avec la SUVA). Arrivé en Suisse, dans le canton de Genève, en 2008, donc à environ 31 ans, il a depuis lors et jusqu'à son accident de juin 2019, travaillé à temps complet auprès de l'entreprise de son beau-frère en qualité d'installateur – ou monteur – en chauffage, profession qu'il semble avoir apprise par la pratique. Il n'a donc pas suivi de formation certifiée ou terminée par un diplôme. Par ailleurs, l'intéressé dispose d'une compréhension expression de la langue française correcte à l'oral, mais limitée à l'écrit, situation qu'il n'a pas voulu améliorer dans le second semestre de 2020 malgré la proposition de l'office (*cf.* notamment « rapport d'évaluation IP » établi le 28 juillet 2020 par la division réadaptation professionnelle de l'OAI).

L'absence de formations diplômantes ainsi que l'étendue des limitations fonctionnelles sont susceptibles de gêner considérablement l'assuré dans le choix d'une nouvelle profession. En particulier, il peut être difficile pour lui de déterminer la portée concrète de ses limitations fonctionnelles par rapport à tel ou tel métier pouvant entrer en ligne de compte. De surcroît, le recourant, dont le taux d'invalidité est relativement proche de 20% et dont la persévérance dans des emplois d'installateur sanitaire est en soi méritoire, a effectué quelques postulations pour d'autres emplois comme indiqué lors de l'audience. En dépit de son refus de cours de français durant le second semestre 2020 – qui pouvait alors s'expliquer par sa volonté de reprendre complètement son activité professionnelle habituelle –, il apparaît avoir une motivation suffisante pour suivre une mesure d'orientation professionnelle, si tant est qu'à réception du présent arrêt il confirme sa motivation pour une orientation professionnelle (au sujet de la notion d'aptitude subjective de réadaptation, *cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références).

6.4 Au regard de l'ensemble de ces circonstances particulières, il se justifie de reconnaître à l'assuré le droit à une mesure d'orientation professionnelle, dont il

appartiendra à l'intimé de fixer les modalités précises, si possible après une discussion avec l'intéressé.

Le droit à cette mesure n'exclut pas d'éventuelles autres mesures professionnelles subséquentes.

Dans le cadre de ladite mesure d'orientation professionnelle, le recourant devra faire preuve d'une réelle motivation et être ouvert aux mesures qui lui seront proposées par l'office, y compris si celles-ci incluent le cas échéant l'amélioration de son niveau de français.

7. Vu ce qui précède, le recours sera admis partiellement, la décision querellée sera confirmée concernant le refus du droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2021 mais réformée concernant les mesures professionnelles, la cause devant ainsi être renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle.
8. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est représenté par une association mandataire, a droit à des dépens quelque peu réduits qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Au vu des circonstances particulières, il sera renoncé à la perception d'un émolument (au sens de l'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. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision rendue le 19 juin 2024 par l'intimé en tant qu'elle refuse le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2021.
4. Réforme cette décision concernant les mesures professionnelles en ce sens que le recourant a droit à une mesure d'orientation professionnelle.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre de la mesure d'orientation professionnelle, au sens des considérants.
6. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimé.
7. Renonce à la perception d'un émolument.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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