RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3338/2020 **ATAS/1243/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 décembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par CARITAS GENÈVE — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en Suisse dès 2004 dans le cadre de diverses missions temporaires, notamment en qualité de maçon, puis d'agent d'entretien.

b. En mars 2010, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une première demande de prestations d'invalidité en relation avec une malunion d'une fracture du pilon tibial, opérée en 2003. Par décision entrée en force du 26 septembre 2011, l'OAI a rejeté cette demande, après avoir constaté que l'assuré avait été engagé à plein temps par l'entreprise B_____SA en qualité de livreur, depuis le mois de mai 2010.

c. Après avoir été hospitalisé en mai 2013, suite à une endocardite, une ischémie rénale et une insuffisance artérielle aigue du membre inférieur droit, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité en octobre 2013. Par décision entrée en force du 26 octobre 2015, l'OAI a rejeté cette seconde demande, considérant en substance que, malgré l'aggravation de son état de santé intervenue en 2013, l'assuré avait recouvré, dès le mois de janvier 2014, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, puis que, dès le mois de janvier 2015, il avait pu reprendre à 100% un poste aménagé auprès de son employeur.

d. L'assuré a été licencié par B_____SA le 31 mars 2016.

e. Le 21 août 2017, l'assuré a été opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) par le docteur C_____, chirurgien orthopédiste (reconstruction de la cheville droite suite à une malunion de la fracture de la cheville).

B. **a.** Le 8 août 2018, l'assuré a déposé auprès de l'assurance-invalidité une nouvelle demande de prestations, dans laquelle il a invoqué une fracture de la jambe et une infection post-opératoire. Son atteinte était présente depuis le 3 août 2017 et engendrait une incapacité de travail totale. À l'appui de sa demande, l'assuré a produit différents rapports, notamment :

- un rapport du Dr C_____ du 18 juin 2018, relevant que, suite à l'intervention de cure de malunion de la cheville droite, l'assuré avait subi des complications au niveau de la cicatrice, dont d'importantes réactions allergiques, limitant sa rééducation. La situation n'était pas encore stabilisée, dans la mesure où une rééducation n'avait pas pu être effectuée. Une reprise dans le domaine d'activité habituel paraissait inenvisageable et une réorientation professionnelle était préconisée dans un domaine permettant de limiter le port de charges, les stations debout et les déplacements ;
- un rapport daté du 30 mai 2018 et émanant de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, diagnostiquant une dermatite de contact avec

dissémination eczématiforme, une hypersensibilité à la résine epoxy, ainsi qu'au thiomersal et au nickel.

b. La doctoresse E_____, médecin généraliste, a complété deux rapports destinés à l'OAI les 25 octobre et 5 novembre 2018, dans lesquels elle a retenu les diagnostics suivants : endocardite infectieuse ; IAMID ; status post-végectomie aortique (2013) ; ischémie rénale gauche et splénique sur embolie ; status post-emboléctomie au niveau du membre inférieur droit (2013) ; cervico-dorso-lombalgies aigues sur troubles statiques de la colonne lombaire et ancienne maladie de Scheuermann ; status post-traumatique de la cheville droite (2002), pseudoarthrose de la malléole externe et cal vicieux de la malléole interne ; probable dermatite de contact ; status post mal-réduction et mal-union d'une fracture de la cheville droite (2018) ; état d'angoisse. L'état de santé de l'assuré s'aggravait de jours en jours. Il se plaignait notamment d'importantes douleurs au niveau de la cheville droite, de prurit sur tout le corps, de troubles respiratoires, de douleurs du rachis lombaire et de nervosité. Actuellement, il ne pouvait pas travailler et faisait l'objet d'un certificat d'arrêt de travail prescrit par les HUG. Une activité adaptée ne pourrait être envisagée que lorsque son état de santé serait stabilisé et ses douleurs maîtrisées

c. Du 2 au 7 décembre 2018, l'assuré a été hospitalisé en urgence aux HUG, en lien avec une infection ayant nécessité une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) de la cheville droite. Un arrêt de travail lui a été prescrit jusqu'au 23 décembre 2018.

d. Dans un bref avis médical daté du 4 février 2019, le docteur F_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, en se référant aux rapports des Drs G_____ et D_____, les diagnostics de séquelles de cal vicieux de la cheville droite, de raideurs, douleurs chroniques, allergies au nickel, résine époxy et mercure. À son sens, la capacité de travail était nulle, dès le 3 août 2017, dans la profession antérieure, mais entière, dès le mois de février 2018 (six mois après l'opération de la cheville), dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges supérieures à 10 kg, les stations debout prolongées, les déplacements, notamment sur du terrain accidenté, les montées d'escaliers et d'échelles, ainsi que l'exposition aux allergènes. En outre, il convenait de privilégier une activité semi-sédentaire ou sédentaire.

e. Dans un rapport daté du 5 mars 2019, le docteur H_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué au service des prestations complémentaires que l'assuré ne pourrait reprendre une activité professionnelle adaptée que lorsque sa plaie – nécessitant des pansements réguliers – serait complètement guérie. Une aide à la reconversion professionnelle était préconisée.

f. Dans un rapport daté du 19 mars 2019 et adressé à la Dresse E_____, le docteur I_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne a indiqué avoir été consulté par l'assuré, en raison d'une dyspnée à l'effort, laquelle était d'origine multifactorielle (pulmonaire, déconditionnement physique et obésité). La composante cardiaque était liée à une régurgitation aortique et à une dysfonction diastolique ventriculaire gauche.

g. Dans un rapport daté du 12 avril 2019 et destiné à la Dresse E_____, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré présentait une arthrose relativement avancée de la cheville. Il décrivait des douleurs fluctuantes et typiques de l'arthrose, mais pouvait marcher pendant 10 minutes, avant de devoir s'arrêter. Sous l'angle professionnel, l'assuré ne pouvait reprendre son activité antérieure et un arrêt de travail à 100% se justifiait dans cette activité-là. Dans une activité sédentaire exercée en position assise, permettant de prendre des pauses régulières et d'éviter le port de charges, on pouvait éventuellement envisager une reprise du travail, mais le patient devait être revu dans six mois pour faire le point.

h. Dans un rapport rédigé le 6 mai 2019 à l'issue d'une échographie de l'abdomen, le docteur J_____, radiologue, a fait état d'une importante stéatose hépatique et d'une fibrose hépatique.

i. Dès le 25 novembre 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI). Dès le 12 janvier 2020, soit durant l'exécution de la mesure, l'assuré s'est toutefois vu prescrire un certificat d'arrêt de travail par la doctoresse K_____, du département de médecine de premier recours des HUG.

j. Par courrier du 15 janvier 2020, la Dresse E_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Elle a notamment joint :

- un certificat daté du même jour, par lequel elle prolongeait l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 17 février 2020 ;
- un rapport daté du 8 janvier 2020, dans lequel les médecins du service de pneumologie des HUG relevaient que l'assuré présentait une symptomatologie compatible avec un asthme, avec une réversibilité du trouble obstructif de degré très sévère après bronchodilatation. Toutefois, vu la sévérité du trouble obstructif et du tabagisme, il y avait probablement aussi une composante « BCPO » (bronchopneumopathie chronique obstructive) en plus de la composante asthmatique. L'assuré avait été informé de la nécessité de prendre un traitement quotidien et d'arrêter de fumer. Le patient serait revu dans trois mois et il serait réalisé un scanner, ainsi qu'un test de marche et une gazométrie.

k. Dans un rapport du 27 février 2020, les EPI ont indiqué que, suite à une aggravation de l'état de santé certifiée médicalement, l'OAI avait décidé d'interrompre la mesure d'orientation professionnelle le 11 février 2020. S'agissant des positions de travail, l'assuré avait pu maintenir uniquement la position assise, moyennant des alternances toutes les 30 minutes. Les déplacements se faisaient avec une légère boiterie et la mobilité supérieure

paraissait correcte, bien que l'assuré était limité en raison de l'impossibilité de travailler debout (il ne pouvait se lever pour effectuer des mouvements inefficaces en position assise, comme par exemple dévisser de grosses pièces). Idéalement, l'activité devait être légère, exercée majoritairement en position assise et impliquer des déplacements courts mais réguliers. L'assuré avait évoqué les cibles professionnelles de chauffeur de limousine et de polisseur. Toutefois, la piste de chauffeur était totalement inadaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment en raison de ses problèmes de cheville, du fait qu'il devait éviter le port de charges (bagages) et de son apparence souvent négligée. La piste de polisseur avait également été écartée, compte tenu de la nécessité d'alterner les positions, des allergies dont souffrait l'intéressé, de ses dettes et de son niveau de français (écrit). Dans une perspective de réinsertion professionnelle, l'adaptabilité de l'assuré à la nouveauté était prétéritée par son état de santé – actuellement en péjoration – mais également par ses limitations fonctionnelles et son manque de polyvalence. Au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, de l'aggravation de son état de santé, de son manque de formation et du fait qu'il ne maîtrisait pas la bureautique, les EPI avaient écarté différents secteurs d'activité (administratif, vente, entretien & facility management, hôtellerie, logistique, sécurité, transports et services à la personne).

l. Dans un rapport daté du 14 mai 2020 et adressé à la Dresse E_____, le docteur L_____, chef de clinique auprès du service de pneumologie des HUG, a retenu les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive de degré sévère (stade IIIIB selon GOLD) avec déficit en antitrypsine sévère et composante asthmatique. L'assuré avait été informé de la nécessité absolue de se soumettre à un sevrage tabagique, afin de diminuer la péjoration fonctionnelle et de bénéficier d'un traitement de substitution d'alpha-1-antitrypsine. Il lui avait également été demandé d'éviter la poussière, compte tenu d'une sensibilisation aux acariens et d'une probable conjonctivite chronique. Il était prévu un bilan complémentaire hépatique (FibroScan), une échocardiographie en vue de mettre en évidence une éventuelle hypertension pulmonaire, ainsi qu'une consultation en maladie génétique.

m. Dans un avis médical daté du 5 juin 2020, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a rappelé que l'assuré avait bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle aux EPI, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité. L'assuré avait été mis en arrêt de travail dès le 12 janvier 2020 par la Dresse K_____, en raison d'une aggravation sur le plan respiratoire. Les pneumologues des HUG avaient retenu le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive sévère avec déficit en alpha-1-antitrypsine sévère et composante asthmatique avec tabagisme actif. Il s'agissait d'une maladie génétique touchant les poumons et le foie, entraînant chez l'assuré une dyspnée de stade 2, une toux chronique et une stéatose hépatique importante. Un bilan complémentaire avait été prévu (FibroScan hépatique, ETT cardiaque et

consultation génétique). Le traitement de cette maladie par substitution en alpha-1-antitrypsine était conditionné à un sevrage complet du tabac 6 mois avant son introduction, mais l'assuré s'était montré réticent au sevrage et bénéficiait en attendant d'un programme de réhabilitation pulmonaire ambulatoire aux HUG, avec traitement bronchodilatateur. L'assuré souffrait également d'une conjonctivite chronique et d'une sensibilisation aux acariens. Il présentait enfin des difficultés psychosociales, qui n'entraient pas dans l'appréciation de l'exigibilité. En résumé, l'assuré présentait de longue date des difficultés respiratoires, pour lesquelles un diagnostic étiologique venait d'être posé et des alternatives thérapeutiques avaient été proposées. Les limitations fonctionnelles inhérentes à l'atteinte pulmonaire avaient déjà été prises en compte dans l'appréciation du SMR de février 2019, dont les conclusions demeuraient valables. Par ailleurs, les troubles dégénératifs du rachis, les rachialgies chroniques et les séquelles d'une maladie de Scheuermann, connus depuis 2013, nécessitaient d'alterner les positions toutes les deux heures. Le SMR en concluait que, dans une activité adaptée légère et sédentaire, exercée principalement en position assise, permettant d'alterner les positions toutes les deux heures et n'impliquant ni déplacements répétés, ni travaux de force, ni exposition aux allergènes, l'exigibilité demeurait entière depuis février 2018.

n. Le 26 juin 2020, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de refus d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel.

o. Par l'intermédiaire de CARITAS, l'assuré s'est opposé au préavis le 31 août 2020, en produisant copie d'un certificat d'arrêt de travail de la Dresse E_____ et d'un bref rapport établi par cette praticienne le 17 juin 2020. La Dresse E_____ y attestait que l'assuré souffrait de nombreuses pathologies, notamment d'importants troubles cardio-pulmonaires, ainsi que d'allergies cutanées. Son état de santé nécessitait des traitements médicamenteux et ne lui permettait actuellement pas de travailler. Il restait un sujet à risque par rapport au COVID-19 et lors des stages mis en œuvre par l'assurance-invalidité, le port de charges lourdes et les travaux lourds avait été contrindiqués, tout comme ceux impliquant de la poussière ou de l'humidité.

p. Invité à se déterminer sur le dernier rapport de la Dresse E_____, le SMR a fait valoir, le 15 septembre 2020, que la Dresse E_____ ne faisait pas état de nouveaux diagnostics ou d'éléments objectifs parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Dans ses avis de février 2019 et juin 2020, le SMR avait déjà tenu compte des éléments mentionnés dans le rapport de la Dresse E_____ pour fixer l'exigibilité résiduelle.

q. Par décision du 16 septembre 2020, l'OAI a confirmé son refus d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. La capacité de travail de l'assuré était nulle, dès le mois d'août 2017, dans sa profession antérieure, mais entière, dès le mois de février 2018, dans toute activité adaptée à son état de santé. Le certificat de la Dresse E_____ n'était pas propre à modifier

l'appréciation de l'office. Il résultait de la comparaison des gains un degré d'invalidité de 4%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. En outre, la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel n'était pas indiquée.

C. **a.** Par acte du 19 octobre 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 septembre 2020, à ce qu'il soit dit qu'il était totalement incapable d'exercer toute profession et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI aux fins de compléter l'instruction sous l'angle médical. En substance, l'assuré a fait valoir que son état de santé n'était pas encore stabilisé, dans la mesure où sa cheville droite n'avait pas encore cicatrisé et où l'origine, respectivement l'étendue de ses affections pulmonaires, n'avait pas encore été déterminée. Des investigations médicales étaient toujours en cours auprès des HUG et les résultats de tests d'efforts n'étaient pas encore connus. Il ne comprenait pas pourquoi l'office n'avait pas attendu ces résultats avant de se prononcer – alors que ses affections pulmonaires se répercutaient directement sur sa capacité de travail – ni pourquoi l'office n'avait pas mandaté une expertise pluridisciplinaire, vu la complexité de la situation médicale et la sévérité des symptômes. Sans ces données médicales, le SMR ne pouvait avoir examiné complètement sa situation médicale, de sorte qu'il contestait l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et s'estimait totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle.

b. Dans sa réponse du 18 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans son avis du 4 février 2019, le SMR avait retenu les diagnostics de séquelles de cal vicieux de la cheville droite, de raideurs, de douleurs chroniques et d'allergies, tout en concluant à une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles inhérentes à l'atteinte pulmonaire – concernant le travail physique et l'exposition aux allergènes – avaient déjà été prises en compte dans l'appréciation du SMR, à l'instar de toutes les atteintes. C'était à juste titre que l'office avait retenu une capacité de travail entière, depuis février 2018, dans toute activité adaptée. Le recourant ne mettait pas en évidence d'élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'office et le rapport établi par son médecin traitant ne faisait pas état d'éléments plaidant objectivement en faveur d'une aggravation de l'état de santé. La situation médicale ayant été investiguée de façon exhaustive, il était inutile d'ordonner des investigations complémentaires.

c. Dans sa réplique du 5 janvier 2021, l'assuré a réaffirmé que sa situation médicale ne cessait d'évoluer. Les médecins du service de pneumologie des HUG cherchaient toujours à poser un diagnostic clair et à trouver un traitement adéquat pour le soigner. Après s'être soumis à des tests d'effort, il avait entrepris une réadaptation pulmonaire au service de pneumologie des HUG, mais la réadaptation avait dû être interrompue après deux jours, en raison de la situation sanitaire. Dans la mesure où il n'avait pas encore reçu les résultats des tests

d'efforts qu'il avait effectués en octobre 2020 et janvier 2021, il avait demandé un rapport actualisé au service de pneumologie des HUG. Les rapports sur lesquels l'intimé s'était fondé ne tenaient pas compte de sa situation réelle et l'on ne pouvait lui imputer une capacité de travail de 100%, alors que les spécialistes des HUG avaient jugé nécessaire une réadaptation pulmonaire quotidienne durant trois mois, traitement incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle. En 2020, il avait été inscrit au registre suisse d'alpha-1 antitrypsine, ce qui lui permettait de bénéficier d'un traitement spécifique pour cette maladie génétique rare. Son état de santé n'était pas encore suffisamment stable pour se prononcer sur sa capacité de travail et il ne comprenait pas que les médecins du SMR puissent le juger pleinement apte à travailler, sans l'avoir examiné ou fait expertiser.

d. Dans sa duplique du 1er mars 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Le grief tiré d'une absence d'expertise médicale ou d'examen par le SMR ne pouvait être suivi : les rapports internes du SMR ne devaient pas satisfaire aux mêmes exigences que les expertises et en l'occurrence, le rapport du SMR était probant, puisqu'il appréciait la situation médicale et contenait des conclusions motivées.

e. À la demande de la CJCAS, la Professeure N_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, cheffe du service de pneumologie des HUG, a répondu à un questionnaire le 5 novembre 2021. Elle a rappelé que l'assuré était suivi par son service pour une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère (IIIB), diagnostiquée en novembre 2019, un déficit en alpha-1-antitrypsine, diagnostiqué en février 2019, et une composante asthmatique, diagnostiquée en mars 2020. L'assuré présentait également un tabagisme actif, de sorte que des investigations avaient récemment été effectuées, en octobre 2021, en vue de mettre en évidence une hypoxémie nocturne et une hypertension pulmonaire. Une réhabilitation respiratoire était par ailleurs prévue, afin d'améliorer la situation sur le plan respiratoire. S'agissant du status clinique, l'état général était conservé, avec un body mass index (BMI) assez élevé (30 kg / m2). Au plan respiratoire, l'auscultation pulmonaire mettait en évidence un lointain murmure vésiculaire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'atteinte pulmonaire sévère que présentait l'assuré limitait à environ 400m la distance qu'il était en mesure de parcourir en 6 minutes. Un test d'effort, réalisé en octobre 2020, avait dû être interrompu par une douleur au niveau de la cheville, mais s'était révélé « techniquement sous-maximal ». Pour l'heure, il n'y avait pas d'indication à une oxygénothérapie et le patient ne présentait pas à proprement parler d'insuffisance respiratoire. Cependant, une lente aggravation avait été constatée entre les différents contrôles de la fonction respiratoire, avec une perte de 40 mètres en une année lors du test de la marche pendant 6 minutes. S'agissant de la capacité de travail, sans examen personnel du patient, on pouvait inférer des épreuves fonctionnelles et des données médicales que l'assuré était totalement

incapable d'exercer sa profession antérieure de livreur de peinture. D'après les documents à disposition, le patient souffrait également d'autres comorbidités susceptibles d'impacter sa capacité de travail, mais les données étaient insuffisantes pour évaluer objectivement et quantitativement ces atteintes, qui sortaient du domaine pneumologique. Sur la base des éléments à disposition, on ne pouvait exiger de l'assuré que l'exercice d'une profession sédentaire, en position assise, n'impliquant ni déplacements, ni port de charges, ni exposition à des allergènes ou à des gaz irritants (peintures, aérosols, poussières). La Dresse N_____ disait partager partiellement l'avis du SMR, en ce sens que les documents à sa disposition laissaient penser qu'une profession adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible. Elle s'écartait toutefois de l'avis du SMR s'agissant du taux d'activité exigible, lequel ne pouvait à son sens être de 100%, ne serait-ce qu'au regard de l'atteinte respiratoire. Afin de chiffrer le taux d'activité exigible, qui pouvait se situer autour de 50%, il lui paraissait nécessaire de disposer de tous les éléments du dossier médical, y compris ceux ayant trait aux difficultés psycho-sociales évoquées par le SMR. Il convenait en outre de tenir compte du caractère évolutif de la maladie au niveau respiratoire et hépatique.

f. Le 11 novembre 2021, la CJCAS a transmis aux parties copie du rapport de la Prof. N_____ et les a informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai – échéant un samedi – au premier jour ouvrable suivant, soit le 19 octobre 2020, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'il a déposée en 2018.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art.

28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

7.

7.1 Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

7.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit

examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

7.3 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

8.

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur

l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

8.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l’espèce, dans la décision attaquée, l’OAI a refusé d’accorder à l’assuré une rente d’invalidité et des mesures d’ordre professionnel, au motif que sa capacité

de travail était nulle, dès le 3 août 2017, dans sa profession antérieure, mais entière, dès le mois de février 2018, dans toute activité adaptée à son état de santé, ce dont il ne résultait qu'un degré d'invalidité de 4%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, la mise en œuvre de (nouvelles) mesures d'ordre professionnel n'était pas indiquée.

De son côté, le recourant requiert un renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction sous l'angle médical. En substance, il fait valoir que son état de santé n'est pas encore stabilisé, dès lors que sa cheville droite n'a pas encore cicatrisé, que l'origine, respectivement l'étendue de ses affections pulmonaires, n'a pas été déterminée, et que des investigations médicales sont toujours en cours auprès des HUG. S'estimant totalement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle, il dit ne pas comprendre pourquoi l'office n'a pas attendu ces résultats avant de se prononcer – alors que ses affections pulmonaires se répercutent directement sur sa capacité de travail – ni pourquoi l'office n'a pas diligenté une expertise pluridisciplinaire, vu la complexité de la situation médicale et la sévérité de ses symptômes. Sans ces données médicales, le SMR n'a pas pu examiner complètement sa situation médicale.

11.

11.1 La chambre de céans constate tout d'abord que, suite au dépôt par l'assuré d'une nouvelle demande en 2018, accompagnée de pièces médicales nouvelles, l'office intimé n'a pas rendu une décision de non entrée en matière, mais une décision au fond, intitulée « refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles ». L'intimé est donc entré en matière sur cette nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017). Comme cela a été précédemment exposé (cf. supra consid. 7), lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit en instruire les aspects médicaux et juridiques et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Afin de déterminer si, du fait d'une aggravation de l'état de santé, le degré d'invalidité du recourant s'était modifié, il appartenait donc en l'occurrence à l'intimé de comparer les faits tels qu'ils existaient lors de la décision de refus de rente de 2015 avec ceux qui prévalaient lors de la décision querellée.

11.2 En l'occurrence, c'est le rapport de synthèse rédigé le 5 mai 2015 par la Dresse O_____, médecin au SMR, qui a servi de fondement à la décision de refus de rente du 26 octobre 2015. Dans ce rapport, le médecin du SMR avait relevé que l'assuré – après avoir été hospitalisé en mai 2013 pour une endocardite d'origine indéterminée, avec status après végectomie aortique (le 19 mai 2013), compliquée d'une ischémie rénale gauche, d'une insuffisance artérielle aigue du membre inférieur droit et d'une occlusion de l'artère poplitée distale du tronc péronier droit – avait pu reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 6 janvier 2014, puis à 100% dès le 4 janvier 2015, après que son employeur eût

procédé à un aménagement de poste. La Dresse O_____ avait parallèlement invité l'OAI à vérifier si le poste était adapté et si le rendement correspondait au salaire, dans la mesure où l'activité habituelle lui paraissait inadaptée. Elle avait néanmoins estimé qu'en tout état de cause, dans une activité adaptée aux limitations découlant de l'atteinte de la cheville, on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaillât à 100% depuis le 6 janvier 2014.

11.3 Dans sa nouvelle demande, déposée en 2018, l'assuré a invoqué une infection consécutive à l'opération de la cheville qu'il a subie en 2017. À l'appui de sa demande, il a produit divers rapports émanant notamment des Drs G_____ et D_____. En outre, l'assuré a transmis dès le début de l'année 2020 – alors qu'il suivait une mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI – un rapport de la Dresse E_____ attestant d'une aggravation de son état de santé, ainsi que divers certificats d'arrêt de travail signés par les Drs K_____, P_____ et E_____, ensuite desquels la mesure d'orientation professionnelle a été interrompue. Postérieurement à la fin de la mesure, l'assuré a encore transmis à l'OAI deux rapports datés des 8 janvier et 14 mai 2020, émanant du service de pneumologie des HUG. De ces documents, il ressort qu'en sus d'une atteinte de la cheville qu'il présentait déjà en 2015, l'assuré s'est vu diagnostiquer, en 2019/2020, une bronchopneumopathie chronique obstructive de stade sévère IIIB, ainsi qu'un déficit en apha-1-antitrypsine avec composante asthmatique. Les rapports du service de pneumologie des HUG précisent par ailleurs qu'en 2020, l'assuré devait encore subir divers examens médicaux complémentaires (test de marche, scanner thoracique, gazométrie, bilan complémentaire hépatique par FibroScan, échocardiographie, consultation en maladie génétique, etc.).

11.4 Dans un rapport de synthèse établi sur dossier et daté du 5 juin 2020, le médecin du SMR, la Dresse M_____, se ralliant à un précédent rapport établi sur dossier en février 2019, a déduit des rapports versés à la procédure que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité de livreur de peinture, mais qu'il demeurait capable d'exercer une activité adaptée à 100%, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles liées à ses allergies, ainsi qu'à ses troubles de la cheville droite et du rachis (activité sédentaire légère exercée en position assise, permettant d'alterner les positions toutes les deux heures et n'impliquant ni déplacements répétés, ni travaux de force, ni exposition aux allergènes).

12.

12.1 Au regard des documents produits suite au dépôt de la nouvelle demande, la chambre de céans constate que l'état de santé de l'assuré s'est vraisemblablement aggravé depuis la décision de 2015 : il ressort du rapport du SMR de 2015 que la capacité de travail de l'assuré n'était alors entravée que par son atteinte à la cheville, étant précisé qu'à l'époque, l'OAI s'était contenté d'une instruction médicale succincte, dans la mesure où l'assuré avait alors pu reprendre une activité professionnelle. Ce n'est qu'à partir de 2020 que l'assuré a produit des rapports certifiant l'existence d'atteintes pulmonaires et hépatiques

(bronchopneumopathie chronique obstructive de stade sévère IIIB et déficit en apha-1-antitrypsine avec composante asthmatique), dont la Prof. N_____ a estimé – à l'instar de la Dresse E_____ – qu'elles limitaient sensiblement la capacité de travail, même dans une profession potentiellement adaptée. Sur la base de ces éléments, il convient d'admettre la survenance d'une probable aggravation de l'état de santé. Cela étant, la chambre de céans constate que les répercussions des atteintes énoncées sur la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée, n'ont pas été suffisamment investiguées.

12.2 En effet, les rapports de synthèse établis par le SMR en février 2019, juin et septembre 2020 - dont on relèvera qu'ils ont été établis sans examen clinique de l'assuré - ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de leur reconnaître une pleine valeur probante. Ces rapports succincts ne reposent pas sur des documents suffisamment probants, dès lors que les médecins consultés par l'assuré depuis le dépôt de sa nouvelle demande n'ont pas confirmé l'exigibilité d'une profession adaptée à 100%, telle que retenue par le SMR. À cet égard, il y a lieu de préciser que l'OAI, bien qu'en possession de rapports attestant d'une aggravation de l'état de santé, n'a curieusement jamais invité les spécialistes qui suivaient l'assuré aux HUG à se déterminer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Invitée par la CJCAS à se prononcer sur cette question, la Prof. N_____ a considéré qu'au regard de la seule atteinte respiratoire, l'exercice d'une profession n'était pas exigible à 100% et qu'elle estimait plutôt la capacité de travail dans une activité adaptée autour de 50%, tout en préconisant des investigations supplémentaires, vu notamment l'existence de comorbidités excédant le domaine pneumologique et susceptibles d'influencer la capacité de travail. De son côté, la Dresse E_____ a attesté que l'assuré, au regard de ses nombreuses pathologies, singulièrement de ses troubles cardio-pulmonaires et de ses allergies, n'était pas en mesure de travailler à ce stade (cf. rapport du 17 juin 2020). Quant au Dr G_____, il s'est limité à préconiser une reconversion professionnelle, mais sans préciser à quel taux l'on pourrait, le cas échéant, exiger de l'assuré qu'il exerce une profession autre que celle de livreur et potentiellement mieux adaptée à ses limitations. Par ailleurs, le SMR ne peut être suivi lorsqu'il indique que l'atteinte pulmonaire et les limitations fonctionnelles en découlant avaient déjà été prises en compte dans son avis médical de février 2019 (dont les conclusions pouvaient sans autre être reprises) : aucun diagnostic d'ordre pneumologique n'avait été retenu dans cette brève appréciation médicale, puisque celle-ci était antérieure à la production par l'assuré, en 2020, de rapports émanant du service de pneumologie des HUG. Contrairement à ce que laisse entendre la Dresse M_____, il faut donc admettre qu'en février 2019, le SMR avait évalué la capacité de travail sans tenir compte des troubles pneumologiques. Pour le reste, la CJCAS n'est pas en mesure de tirer de conclusion fiable du rapport des EPI, compte tenu de l'interruption prématurée de la mesure d'orientation professionnelle, ceci en raison de l'aggravation de l'état de santé du recourant.

12.3 Au regard de ce qui précède, l'intimé ne pouvait retenir d'emblée – sans ordonner d'examen clinique et sans que cela ait été confirmé par les médecins du recourant – que l'intéressé était apte à exercer à 100% une activité adaptée, malgré l'aggravation de son état de santé. À ce stade, cette capacité résiduelle de travail ne saurait être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante, ce d'autant qu'au moment où l'intimé a statué, les troubles pneumologiques et hépatologiques du recourant étaient toujours en cours d'investigation par les HUG (test d'effort, FibroScan, examens destinés à mettre en évidence une hypertension pulmonaire et une hypoxémie nocturne, consultation en maladie génétique, etc.).

13.

13.1 Dans la mesure où des doutes subsistent quant à la fiabilité et la pertinence de l'évaluation du SMR selon laquelle le recourant présenterait une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de février 2018, une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une telle expertise (rhumatologique, pneumologique et hépatologique), conformément à l'art. 44 LPGA. Il appartiendra aux experts de chiffrer précisément la capacité de travail du recourant depuis le dépôt de sa nouvelle demande en 2018, le cas échéant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

13.2 Partant, le recours sera partiellement admis et la décision du 16 septembre 2020 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à charge de l'intimé.

15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 16 septembre 2020.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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