

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3364/2018

ATAS/1147/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, marié, père de deux enfants, nés le _____ 1990, respectivement le _____ 1991, d'origine kosovare, a été au bénéficiaire d'un permis B du 6 septembre 2005 au 22 août 2015, puis d'un permis C à compter du 22 septembre 2015 selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations. L'assuré a été engagé à plein temps en dernier lieu dès le 2 mai 2012 pour une durée indéterminée en qualité d'aide-coffreur auprès de B_____ Sàrl, sise dans le canton de Vaud, active dans l'exécution de tous travaux en matière de coffrage et de maçonnerie, d'où il a été licencié avec effet au 31 décembre 2015. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 5 juin 2012, l'assuré, droitier, a été victime d'une chute sur son lieu de travail et un diagnostic de fracture du calcanéum droit et de suspicion de fracture du scaphoïde droit a été posé. L'assuré a été mis en incapacité de travail totale pour une durée initialement évaluée à trois mois, qui a ensuite été prolongée à maintes reprises.
3. La SUVA a pris en charge les suites de cet événement.
4. Le scanner de la cheville droite pratiqué le lendemain a montré une fracture comminutive complexe du calcanéum.
5. Dans un rapport du 12 septembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture du calcanéum droit, d'entorse du poignet droit et de « suspicion de Südeck ». L'assuré, qui suivait des séances de physiothérapie, éprouvait encore des douleurs. Le pronostic était incertain.
6. Lors d'un entretien avec la SUVA le 2 novembre 2012, l'assuré a déclaré que son talon était encore douloureux, que sa cheville gonflait rapidement et qu'il pouvait se déplacer en béquilles.
7. Le 7 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
8. Le 6 mars 2013, le Dr C_____ a mentionné un mauvais pronostic, avec une éventuelle arthrodèse / OT du calcaneum à prévoir, la capacité de travail étant totale dans une activité adaptée et nulle dans l'activité habituelle.
9. Le 6 juin 2013, la réadaptation a clôt l'intervention précoce, une opération chirurgicale étant prévue.
10. Par communication du 13 juin 2013, l'OAI a constaté que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
11. Dans un rapport du 18 juin 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la

scintigraphie osseuse effectuée le 27 mai 2013 avait révélé une consolidation de la tubérosité postérieure du calcanéum, un signe de pseudarthrose de la tubérosité antérieure ainsi qu'une arthrose sous-talienne.

12. Le 14 novembre 2013, l'assuré a subi une arthrodèse sous-talienne droite.
13. Dans son appréciation du 3 mars 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'évolution avait été plutôt satisfaisante au niveau du poignet droit bien que des douleurs persistaient. Le médecin traitant ne proposait plus de traitement. Au niveau du pied droit, l'évolution n'était pas satisfaisante et une rééducation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) s'imposait.
14. Le 3 avril 2014, le docteur F_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel il fallait attendre le séjour à la CRR pour établir un rapport final.
15. Du 15 avril au 20 mai 2014, l'assuré a séjourné à la CRR. Le rapport du 5 juin 2014, a posé, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la cheville droite, et à titre de diagnostics supplémentaires, une chute au travail le 5 juin 2012 avec une fracture comminutive complexe du calcanéum droit traitée conservativement, une contusion-entorse du poignet droit ainsi qu'une arthrodèse sous-talienne droite le 14 novembre 2013.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels (patient centré sur ses douleurs, sous-estimant le niveau d'effort qu'il pensait pouvoir accomplir, sans qualification reconnue) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations définitives chez un patient se déplaçant encore avec deux cannes anglaises. Même si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la marche, il allait garder des limitations pour la marche en terrain irrégulier et le port de charges lourdes. Une stabilisation était attendue à un an de l'arthrodèse sous-talienne, moment où la situation devrait être réexaminée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec l'atteinte traumatique calcanéenne chez un patient centré sur les douleurs et sous-estimant ses aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable chez un patient de 50 ans, sans qualification reconnue et n'ayant actuellement aucun projet professionnel.

16. Le 12 juin 2014, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 9 % (revenu sans invalidité en 2013 de CHF 61'964.-, fixé selon les indications de la SUVA, et revenu d'invalidité de CHF 56'404.-, selon l'ESS 2010, TA 1, homme, niveau 4, pour 41,6 heures de travail par semaine, à 100 %, indexé à 2013, avec une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles).

17. Le 18 juillet 2014, le Dr F_____, du SMR, a retenu une capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 juin 2012 et de 100 % dans une activité adaptée, depuis le 6 mars 2013 (date du rapport du Dr C_____), respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche, éviter la position debout statique, pas de travail accroupi ni à genoux, ne pas monter / descendre d'un échafaudage, ni d'escaliers.
18. Le 26 août 2014, la réadaptation a mentionné qu'un reclassement n'était pas ouvert et que toute activité légère en position assise était possible.
19. Par projet de décision du 5 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
20. Le 27 septembre 2014, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il faisait opposition au projet de décision, au motif qu'il avait été en incapacité de travail totale jusqu'à six mois après l'intervention du 14 novembre 2013, qu'une nouvelle intervention lourde était prévue, qu'il avait besoin de l'aide de l'OAI pour se réadapter et qu'il convenait d'attendre la décision de la SUVA.
21. Le 13 novembre 2014, le Dr F_____, du SMR, a estimé qu'une nouvelle intervention médicale n'entraînerait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps et qu'il n'était pas nécessaire d'attendre l'issue de la procédure LAA, l'activité habituelle n'étant plus exigible.
22. Par décision du 18 novembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, le taux d'invalidité de 9 % étant confirmé. Le SMR attestait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle à l'issue du délai de carence le 5 juin 2013, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à partir du 6 mars 2013.
23. Le 8 janvier 2015, l'assuré a bénéficié d'une chirurgie électorale pour suspicion de pseudarthrose sous-talienne droite. À cette occasion, il a subi une AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse), une greffe et une stabilisation de la cheville. Dans le compte-rendu opératoire du 22 janvier 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'exploration sous-talienne n'avait pas mis en évidence de pseudarthrose.
24. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville droite effectués le 24 septembre 2015 ont conclu à une consolidation de l'arthrodèse sous-talienne, à la présence d'un œdème de stress osseux au niveau du cuboïde, à une importante hétérogénéité du ligament talo-fibulaire antérieur et à une infiltration du sinus du tarse.
25. Dans un rapport du 29 octobre 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'une infiltration cortisonnée du sinus du tarse avait été effectuée le 15 octobre 2015 avec une légère amélioration transitoire.
26. Dans un rapport du 11 novembre 2015, le Dr G_____ a relevé que le stress osseux était à mettre en lien avec la surcharge pondérale de l'assuré (BMI à 35,3).

27. Dans un rapport du 12 septembre 2016, le Dr G_____ a posé le diagnostic de fracture du calcanéum droit compliquée d'un probable SDRC (syndrome douloureux régional complexe) type 2. Le dernier contrôle remontait au 4 janvier 2016. L'état de santé avait peu évolué. Le pronostic était réservé.
28. Dans un rapport du 23 janvier 2017, la docteure H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait des douleurs, une tuméfaction, une diminution de la mobilité en flexion dorsale de la cheville droite, une douleur à la mobilisation et à la charge. L'assuré avait pris du poids suite à l'immobilisation, avec apparition d'un syndrome d'apnées nocturnes (appareillé), ainsi qu'un trouble anxio-dépressif réactionnel. L'incapacité de travail à moyen et long terme était totale depuis le 5 juin 2012, de manière définitive. Pour un changement de profession, il convenait de procéder à une nouvelle évaluation professionnelle. L'état de santé n'était pas stabilisé.
29. Le 22 février 2017, les docteurs I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, respectivement psychiatre-conseil, ont examiné l'assuré. Ce dernier a déclaré que l'évolution du poignet droit était bonne. Il présentait une fatigabilité au niveau de la force et des douleurs lors des changements de temps. Les douleurs étaient importantes et comparables à celles lors du séjour à la CRR. Elles étaient constantes, jamais inférieures à 5 et passaient rapidement au-dessus de 7 lors des surcharges mécaniques. Il a signalé une coloration changeante péri-cicatricielle entre la cyanose et l'érythrose. En cas de sollicitations mécaniques trop intenses, l'arrière-pied se gonflait. Depuis le début de l'été 2016, il marchait avec une canne à gauche. À la maison, pour les petits déplacements de l'ordre de 2 à 3 m, il n'utilisait pas de canne. S'il marchait sans canne pendant trente minutes, des douleurs extrêmement intenses apparaissaient. Il prenait du Dafalgan régulièrement, du Tramal, si nécessaire, et du Cipralex pour les troubles anxio-dépressifs. Il faisait rarement les courses, éventuellement, il allait chercher du pain. Il pouvait cuisiner lui-même en cas de besoin.

Dans son rapport d'examen final du même jour, le Dr I_____ a constaté que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à droite. La marche sur les pointes était réalisée des deux côtés, ainsi que sur le talon, à gauche, sans problèmes, à droite un peu hésitante. L'appui monopodal était tenu des deux côtés et il existait un équilibre aléatoire plus marqué à droite qu'à gauche. L'appui monopodal et le pivot montraient un déséquilibre à gauche, le pivot à droite était plus qu'hésitant. L'arrière-pied présentait un talus valgus de 5° à gauche, une position neutre à droite. Au niveau de la cheville, la mobilité en flexion/extension à droite (35/0/20°) était identique à gauche, sans laxité pathologique. Le contrôle musculaire des deux côtés était moyen. L'assuré ne présentait pas de douleur à la palpation des tendons péroniers jambiers antérieurs, jambiers postérieurs et des tendons d'Achille. Il existait une dermite ocre péri-cicatricielle et une zone d'hypersensibilité du 4^{ème} et

5^{ème} rayon, sans trouble vasculaire au niveau du pied droit. Il n'y avait pas d'œdème marqué. Les périmètres bi-malléolaires étaient identiques. La percussion axiale à droite était douloureuse. Au niveau du poignet droit, la mobilité flexion/extension (60/0/60°) et l'inclinaison radiale ulnaire (30/0/30°) étaient identiques avec le côté gauche. Au Jamar, la mesure montrait à droite 36 kg et à gauche 38 kg.

Le Dr I_____ a posé les diagnostics d'arthrodèse sous-talienne droite ; de status post-fracture du calcaneum peu déplacé ; d'entorse du poignet droit ; d'obésité ; de syndrome d'apnée nocturne et de troubles anxio-dépressifs. Sur le plan radiologique, l'arthrodèse avait bien pris. L'assuré se plaignait encore de douleurs constantes à la cheville droite. Les interventions n'avaient pas amélioré la situation. Depuis sept mois, il marchait avec une canne à gauche, dont il ne pouvait pas se servir sans douleurs importantes immédiatement après. Il marchait par contre sans canne pour les très petites distances. Il ne pouvait pas rester longtemps assis sans devoir bouger sa cheville. La marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes étaient définitivement contre-indiqués. Une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles pouvait être exigible dorénavant à plein temps, sans baisse de rendement (activité essentiellement sédentaire, avec déplacements réguliers sur de courtes distances).

30. Dans un rapport du même jour, le Dr I_____ a évalué à 15 % le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant de l'atteinte à la cheville droite.
31. Dans son rapport du 27 février 2017, le Dr J_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). L'évaluation avait mis en évidence une atteinte psychique secondaire et réactionnelle à une mauvaise évolution sur le plan orthopédique d'une fracture. Il s'agissait d'une dépression d'intensité légère avec une dysphorie, apparue aux alentours de l'année 2014, qui n'était pas stablement installée, sans atteinte de la concentration, de la mémoire, de l'attention, de la personnalité, de culpabilité pathologique ni de dévolarisation. L'assuré ne présentait pas d'idéation suicidaire. L'énergie vitale était réduite avec une alternance entre des moments d'humeur normale et plus négative. L'assuré était capable de faire face aux exigences de sa vie quotidienne. Il continuait à se socialiser. Son fonctionnement cognitif restait conservé. L'atteinte thymique n'était pas incapacitante, son intensité étant insuffisante. Le pronostic était réservé, principalement en lien avec l'évolution négative sur le plan orthopédique. L'atteinte thymique, qui évoluait en parallèle avec la composante somatique, allait selon toute probabilité se chroniciser et devenir une dysthymie. Une thérapie de soutien, avec la prescription d'un antidépresseur, pourrait être assurée par son médecin généraliste.
32. Par courrier du 5 mai 2017, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2017. L'assuré allait prochainement être informé de l'octroi éventuel d'autres prestations d'assurance.

33. Dans une note interne du même jour, la SUVA a recensé 116 postes compatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient en 2017 à CHF 44'200.-, CHF 74'200.- et respectivement à CHF 57'052.-. Parmi celles-ci, la SUVA a retenu cinq descriptions de postes de travail (DPT) en Suisse romande adaptées à l'assuré.

Tous ces postes nécessitaient une formation élémentaire, étant précisé qu'une formation interne était dispensée. En 2017, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 56'294.20 par année (13^{ème} salaire inclus lorsque cela était prévu), soit CHF 4'691.- par mois.

34. Dans un rapport du 26 mai 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture du calcaneum droit le 5 juin 2012, d'arthrodèse sous-talienne pour arthrose secondaire le 14 novembre 2013, de reprise pour suspicion de pseudarthrose (infirmée) et AMO le 8 janvier 2015. Il a prescrit neuf séances d'ergothérapie.

35. Le 12 juillet 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a écrit à l'OAI en faisant valoir une aggravation de son état de santé, dès lors que le rapport du 22 février 2017 des Drs I_____ et J_____ faisait état d'un syndrome d'apnées nocturnes et d'un trouble anxieux dépressif, diagnostics nouveaux et confirmés par la Doctoresse H_____ le 23 janvier 2017.

36. Selon les indications communiquées par l'employeur, l'assuré travaillait 42 heures par semaine et avait droit à un salaire horaire de CHF 26.- en 2012, ainsi qu'à 8,33 % à titre de 13^{ème} salaire. Entre 2013 et 2017, le salaire horaire aurait été de CHF 27.-.

Le bulletin de salaire relatif au mois de mai 2012 mentionnait un salaire horaire de CHF 26.-. L'assuré avait travaillé 18 heures. Le salaire brut soumis à cotisations incluait les allocations de vacances (10,6 %). Le bulletin de salaire du mois de juin 2012 indiquait un salaire horaire de CHF 27.-. L'assuré avait travaillé 9 heures. Le salaire brut soumis à cotisations comprenait également les allocations de vacances (10,6 %).

37. Le 25 août 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

38. Le 28 septembre 2017, la Dresse H_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail nulle dans toute activité et de limitations fonctionnelles (douleur et marche limitée) ; la cheville remaniée empêchait la marche en terrain irrégulier ; il y avait, dans l'activité de maçonnerie, des douleurs, une diminution de l'activité, du rendement et un risque de chute. Une pseudarthrose s'était développée, avec l'apparition d'une obésité et d'un trouble anxio-dépressif secondaire à la mauvaise évolution de la fracture.

39. Dans un document interne du 28 septembre 2017, la SUVA a indiqué que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 5'323.- par mois (13^{ème} salaire inclus), lequel était

obtenu selon le calcul suivant : CHF 27.- × 42 heures × 52 semaines + 8,33 % / 12. Le gain annuel, qui se montait à CHF 9'252.-, était établi comme suit : (18 heures × 26.-) + (9 heures × 27.-) = CHF 711.- / 34 jours travaillés avant l'accident = CHF 20.90 × 365 jours = CHF 7'628.50 (sic) + 8,33 % = CHF 8'263.95 + 10,64 % (vacances) = CHF 9'143.25, montant adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes dans le domaine de la construction jusqu'en 2016.

Les allocations de formation professionnelle en faveur des deux enfants étaient versées à l'épouse de l'assuré selon les pièces figurant au dossier.

40. Par décision du 28 septembre 2017, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1^{er} juillet 2017 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, représentant la somme de CHF 18'900.-. Le gain annuel assuré s'élevait à CHF 9'252.-. Sur le plan orthopédique, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues était exigible à plein temps et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de CHF 4'691.- par mois (13^{ème} salaire inclus). Comparé au gain de CHF 5'323.- par mois (13^{ème} salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 11,87 %, arrondie à 12 %. Sur le plan psychique, les troubles psychogènes évoqués n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'un droit aux prestations était exclu.
41. Le 18 octobre 2017, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, en laissant ouverte la question d'une capacité de travail dans une activité adaptée (par la mention d'un « ? ») ; il y avait une limitation à la marche (l'assuré marchait avec des cannes), il présentait des douleurs chronique du pied droit, un possible CRPS type 2 et une fracture du calcanéum droit ; une obésité était indiquée comme sans effet sur la capacité de travail. Il pouvait effectuer une activité uniquement en position assise.
42. Dans un rapport du 18 octobre 2017, le Dr G_____ a répété les diagnostics posés par le Dr K_____. La scintigraphie osseuse du 23 avril 2014 avait montré une hypercaptation talo-calcaneenne en phase précoce, éventuellement un CRPS (syndrome douloureux régional complexe). L'assuré présentait des douleurs dégénératives calcaneéo-cuboidienne droite et probablement un échec d'infiltration sous scopie.
43. Le 1^{er} novembre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à la décision de la SUVA du 28 septembre 2017. Il souffrait de douleurs constantes et devait se déplacer avec une canne. En raison des difficultés liées à la marche, il avait développé une atteinte à l'épaule gauche. Dans la mesure où les deux épaules étaient affectées, la capacité de travail résiduelle de 100 % ne pouvait pas être maintenue et les limitations fonctionnelles retenues étaient incomplètes. En outre, il se justifiait de réduire les salaires statistiques de 15 % en raison des limitations fonctionnelles importantes retenues par le Dr I_____ dans son rapport du 22 février 2017; de son parcours professionnel (il avait exercé des emplois temporaires de courte durée, ce qui diminuait son attractivité); de son permis B; de

son âge (52 ans) et de sa maîtrise limitée de la langue française. S'agissant du calcul du gain assuré, dès lors qu'il avait touché des indemnités de chômage en 2008 et 2009, avant d'être assisté par l'Hospice général, et qu'il avait continué à rechercher un emploi et à accomplir diverses missions temporaires, il convenait de considérer que son salaire avait été réduit par suite de chômage. Partant, sans la survenance de son incapacité de travail, il aurait pu réaliser un gain mensuel de CHF 5'323.- (13^{ème} salaire inclus), soit CHF 63'876.- par an.

44. L'extrait du compte individuel, figurant au dossier, établi par la caisse cantonale genevoise de compensation, mentionne que le recourant a déclaré un revenu de CHF 32'670.- en 2008 (indemnités de chômage); CHF 25'410.- en 2009 (indemnités de chômage); CHF 1'059.- en 2010; CHF 4'612.- en 2012 (à titre de personne sans activité lucrative) et CHF 855.- de mai à décembre 2012.
45. Le 3 novembre 2017, l'OAI a retenu un statut d'actif pour l'assuré.
46. Le 10 novembre 2017, l'assuré a requis de l'OAI qu'il se prononce sur les actes d'instruction effectués dans son dossier.
47. Le 15 novembre 2017, le Dr F_____, du SMR, a rendu un rapport final subséquent selon lequel le séjour à la CRR avait permis de confirmer l'inexigibilité de l'activité habituelle; les limitations fonctionnelles étaient: activité essentiellement sédentaire, avec des déplacements réguliers sur de courtes distances; le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.201) diagnostiqué par le Dr J_____ touchant l'humeur était donc au maximum léger et non incapacitant. La capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis le 24 septembre 2015 (date du CT Scan). La capacité de travail était nulle dès le 5 juin 2012 et entière dans une activité adaptée dès le 24 septembre 2015.
48. Le 15 novembre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait procédé à des demandes de renseignements médicaux et d'information auprès de la SUVA.
49. Le 13 juin 2018, la division gestion de l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 4,18 %, fondé sur un revenu sans invalidité (2015) de CHF 62'582.- (indexé à partir du salaire 2012 de CHF 61'514.- communiqué par la SUVA) et un revenu d'invalidité de CHF 59'969.- (selon l'ESS 2014, TA 1, homme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé en 2015 et déduit de 10 % en raison des limitations fonctionnelles).
50. Par projet de décision du 13 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestation, en constatant que le degré d'invalidité était de 4 %; le droit à un reclassement, qui exigeait un degré d'invalidité d'au moins 20 %, n'était pas donné; les conditions d'une aide au placement n'étaient pas remplies car l'assuré n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi; les secteurs de la production et des services comprenaient un large éventail d'activités non qualifiées dont un nombre significatif était adapté aux empêchements de l'assuré.

51. Par décision du 18 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Un abattement ne pouvait pas être appliqué lorsque le revenu d'invalidé était déterminé en fonction des DPT. Dans l'hypothèse où l'on se référerait aux données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), le revenu mensuel avec invalidité serait de CHF 4'761.65 en 2017 (niveau de compétences 1, compte tenu d'un abattement de 15 %). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 5'323 par mois, il en résultait une perte de gain 10,55 %, inférieure au taux de 12 % qui était maintenu. Quant au calcul du gain annuel assuré, il n'existait aucun élément au dossier permettant de prendre en considération des indemnités de chômage qui aurait été perçues entre le 5 juin 2011 et le 4 juin 2012, soit durant l'année ayant précédé l'accident du 5 juin 2012. L'extrait du compte individuel enregistré un revenu total de CHF 5'467.- pour l'année 2012.
52. Par acte du 3 août 2018, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (cause A/2655/2018 – LAA), concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a nié toute valeur probante à l'avis du Dr I_____ et contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle de 100 %. La CRR avait conclu que la fracture de la jambe droite était complexe et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable. En outre, son médecin traitant attestait d'une capacité de travail nulle dans toute activité et précisait qu'aucune position de travail ne convenait à son état de santé. Il ressortait au demeurant de l'examen final qu'il éprouvait des difficultés à effectuer le moindre déplacement. L'appréciation du Dr I_____ était contradictoire, en tant que celui-ci retenait une aptitude à réaliser des activités essentiellement sédentaires avec déplacements réguliers sur de courtes distances. Or, au vu de la pathologie dont il était affecté, il était difficilement imaginable qu'il puisse à la fois concilier une position sédentaire et des déplacements réguliers sur de courtes distances. Compte tenu de ces éléments, on ne saurait admettre une capacité de travail exigible à plein temps sans diminution de rendement. Par ailleurs, pour les motifs exposés dans son opposition, il a répété qu'il se justifiait de réduire les salaires statistiques de 15 %. Il a spécifié qu'il était titulaire d'un permis C (et non B). L'intimée s'était en outre écartée de l'abattement fixé par l'OAI. Enfin, en ce qui concernait le calcul du gain assuré, il a réitéré son argumentation développée dans son opposition.

Le recourant a joint notamment :

- un rapport de la Dresse H_____ du 28 septembre 2017 adressé à l'OAI, retenant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de status post-fracture du calcanéum droit (2012) avec arthrodèse pour arthrose (2013, 2015) et de trouble anxio-dépressif réactionnel (2014). Le dernier contrôle remontait au 1^{er} septembre 2017. Elle avait constaté une tuméfaction chaude de la cheville droite avec douleurs sous malléolaires bilatérales. La mobilité était partielle. La

capacité de travail était jugée nulle dans toute activité. Les restrictions physiques étaient : douleurs, marche limitée, cheville remaniée avec marche impossible en terrains irréguliers. Le rendement était diminué. Le risque de chute au travail n'était pas exclu. Le pronostic était réservé s'agissant de la guérison de la cheville droite ;

- un rapport du Dr G_____ du 18 octobre 2017 adressé à l'OAI, posant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques au pied droit, d'un possible CRPS type 2 et de fracture du calcanéum droit. Il avait constaté des douleurs calcanéo-cuboidienne au pied. Le pronostic était mauvais. L'activité habituelle n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, le médecin a indiqué « ? ». L'assuré avait besoin d'une canne. Les travaux qui pouvaient encore être exigés étaient : les activités uniquement en position assise ; travailler avec les bras au-dessus de la tête et rotation en position assise ;
- une note interne de l'OAI du 13 juin 2018 relative à la détermination du degré d'invalidité, retenant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles.

53. Par décision du 24 août 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations (rente et reclassement) en constatant que le degré d'invalidité était de 4 %.

54. Le 26 septembre 2018, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 24 août 2018 (cause A/3364/2018 - AI), en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à l'octroi d'un reclassement. Il fait valoir que le SMR n'avait à tort pas pris en compte trois pathologies soit l'obésité, le syndrome d'apnée nocturne et le trouble anxio-dépressif, lequel était d'un pronostic réservé puisqu'en lien avec l'évolution négative sur le plan orthopédique. Sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était ainsi pas de 100 %. Le SMR n'avait en outre pas retenu toutes les limitations fonctionnelles exposées par la SUVA (limitations pour la marche en terrain irrégulier, la montée et la descente régulière d'échelle, d'escalier, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes). L'abattement de 10 % opéré sur le salaire statistique était insuffisant et devait être porté à 15 %, compte tenu des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par la SUVA, de son autorisation de séjour B et de son âge (55 ans). Quant au salaire d'invalidé de CHF 66'633.- (avant abattement), il s'écartait sans justification de celui retenu par le SMR de CHF 56'292.- (basé sur les DPT).

55. Dans sa réponse du 4 octobre 2018, la SUVA (cause A/2655/2018 – LAA) a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours.

56. Le 23 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours (cause A/3364/2018), en se référant à un avis du SMR du 17 octobre 2018, lequel précisait les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles. Selon celui-ci, les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail étaient une fracture du calcanéum peu déplacé mais intra-

articulaire avec affaissement de l'angle de Böhler avec évolution vers une pseudarthrose. Arthrose sous-talienne ayant nécessité une arthrodèse sous-talienne droite le 14 novembre 2013. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche en terrains irrégulier, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage, le port de charges lourdes, éviter la marche prolongée, la position debout prolongée, le travail accroupi, à genoux (cf. rapport final SMR du 18 juillet 2014). Privilégier une activité essentiellement sédentaire, avec déplacements réguliers sur des courtes distances (cf. examen d'arrondissement du Dr I_____ du 22 février 2017 et rapport final subséquent du SMR du 15 novembre 2017). Enfin, l'abattement de 10 % motivé par les limitations fonctionnelles devait être confirmé, ni l'âge de l'assuré, ni son permis B ne pouvant être pris en compte. Quant au revenu d'invalidé, il pouvait différer de celui de la SUVA et avait été correctement calculé sur la base des salaires statistiques.

57. Dans sa réplique du 14 décembre 2018 (cause A/2655/2018 – LAA), le recourant a persisté dans ses conclusions.
58. Le 14 décembre 2018, l'assuré a répliqué (cause A/3364/2018 - AI) en relevant que l'avis du SMR du 17 octobre 2018 était plus étoffé que celui du 15 novembre 2017, avec des limitations fonctionnelles plus importantes. L'abattement de 10 % devait donc être augmenté également, compte tenu de son âge et de son permis B, lesquels étaient des critères pertinents ; enfin, le revenu calculé par la SUVA, dans le cadre d'une évaluation précise, était plus proche de celui qu'il pourrait réaliser que le revenu issu des salaires statistiques.
59. Le 15 janvier 2019, l'OAI a dupliqué en maintenant ses conclusions.
60. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a précisé le 9 mai 2019 que la décision litigieuse n'entendait pas reconsidérer celle du 18 novembre 2014, nonobstant le fait que la capacité de travail était nulle dès le 5 juin 2012 et entière dans une activité adaptée dès le 24 septembre 2015 ; par ailleurs, l'état de santé du recourant ne s'était pas durablement aggravé depuis la décision du 18 novembre 2014 ; il n'existait notamment aucune affection nouvelle dont l'intensité justifierait une incapacité de travail et les limitations fonctionnelle somatiques étaient identiques à celles retenues par le SMR le 18 juillet 2014, avec une capacité de travail totale dans une activité adaptée.
61. Le 6 juin 2019, le recourant a observé que lors de la notification de la décision du 18 novembre 2014, son état de santé n'était pas encore stabilisé, de sorte que cette décision était prématurée et erronée ; l'aggravation était survenue lors de l'opération du 8 janvier 2015, avec une incapacité de travail jusqu'au 22 février 2017 ; le SMR, dans son avis du 15 novembre 2017, avait rectifié l'erreur contenue dans la décision du 18 novembre 2014 en constatant que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était possible que dès le 24 septembre 2015 ; la décision du 24 août 2018 constituait de facto une reconsidération de la décision du 18 novembre 2014 puisqu'elle se fondait sur l'avis du SMR du 15 novembre 2017.

L'examen final de la SUVA du 22 février 2017 démontrait qu'il avait présenté une incapacité de travail totale jusqu'à la date de l'examen. Il concluait à ce qu'il soit statué sur son droit à la rente depuis le 7 janvier 2013.

62. Par arrêt du 15 avril 2019, la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision de la SUVA du 18 juin 2018 (cause A/2655/2018 - LAA). Elle a notamment retenu ce qui suit :

« En l'espèce, l'intimée, se référant à l'examen final du 22 février 2017, effectué par le Dr I_____, médecin d'arrondissement, retient que le recourant est apte à exercer une activité adaptée, essentiellement sédentaire avec déplacements réguliers sur de courtes distances, à plein temps, sans baisse de rendement, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes. Le recourant, de son côté, s'appuyant sur l'avis de ses médecins traitants, conteste la valeur probante du rapport du Dr I_____.

Dans son rapport du 18 octobre 2017, le Dr G_____, médecin traitant, indique que la scintigraphie osseuse du 23 avril 2014 révélait une hypercaptation talo-calcanéenne en phase précoce, éventuellement un SDRC, en d'autres termes, une algodystrophie. Cette imagerie médicale avait été réalisée par la CRR qui n'avait alors pas retenu le diagnostic d'algodystrophie en l'absence de signes cliniques suffisants. Quoi qu'il en soit, il n'est pas contesté ni contestable que le recourant souffre encore de douleurs chroniques à la cheville droite (cf. rapports de la Dresse H_____ des 23 janvier 2017 et 28 septembre 2017, et du Dr G_____ du 18 octobre 2017) consécutives à l'accident du 5 juin 2012 en dépit des traitements thérapeutiques instaurés. Selon le Dr G_____, les travaux qui peuvent encore être exigés du recourant consistent en des activités uniquement en position assise. Cette appréciation rejoint celle du Dr I_____ qui retient que l'activité adaptée doit être essentiellement sédentaire. Dans la mesure où ce médecin a expressément relevé que, depuis sept mois, le recourant marchait sans canne pour les très petites distances, qu'il ne pouvait pas rester longtemps assis sans devoir bouger la cheville et que l'activité adaptée doit être « essentiellement » sédentaire, les déplacements « réguliers » sur de courtes distances ne doivent pas être compris dans le sens de « fréquents » comme semble l'alléguer le recourant, mais plutôt dans le sens de « permis », « autorisés », « à intervalles de temps identiques » pour justement lui permettre de bouger sa cheville.

En l'absence d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par le Dr I_____, les conclusions de ce dernier, prises à l'issue d'un examen complet du recourant, sur la base du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la conviction de la chambre de céans. Les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause le rapport du médecin d'arrondissement. Certes, la Dresse H_____ évalue la capacité de travail résiduelle du recourant à 0 %. Toutefois, si le 1er septembre 2017, cette spécialiste avait observé une tuméfaction chaude de la

cheville droite avec douleurs sous-malléolaires bilatérales, lors de son examen final, le Dr I_____ n'avait pas constaté d'œdème. À cette occasion, le recourant avait déclaré qu'en cas de sollicitations mécaniques trop intenses, l'arrière-pied se gonflait. Depuis le début de l'été 2016, il marchait avec une canne à gauche. S'il marchait sans canne pendant trente minutes, des douleurs extrêmes apparaissaient. C'est dire que l'état du pied droit peut varier d'un jour à l'autre selon que le recourant utilise ou non sa canne. En outre, les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse H_____ (marche limitée, douleurs, marche impossible en terrains irréguliers) sont globalement les mêmes que celles exposées par le médecin d'arrondissement. Le Dr I_____ a en particulier tenu compte du fait que le recourant marchait avec une canne à gauche, dont il ne pouvait pas se sevrer sans douleurs importantes immédiatement après, qu'il ressentait des douleurs lors des changements de temps et que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à droite. La Dresse H_____ ne met donc pas en évidence de manière circonstanciée un élément permettant de reconnaître une capacité de travail nulle dans une activité adaptée (essentiellement en position assise) tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant. Quant au Dr G_____, il ne spécifie nullement le taux d'activité exigible dans une activité adaptée.

En définitive, la chambre de céans retient que la capacité de travail du recourant, nulle dans son activité habituelle d'aide-coffreur - ce qui n'est pas contesté par l'intimée -, est entière dans une activité adaptée (essentiellement sédentaire) à ses limitations fonctionnelles (éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes), sans baisse de rendement ».

Le degré d'invalidité était de 10 %, soit un revenu sans invalidité de CHF 63'839.95 et un revenu d'invalidité de CHF 57'222.85.

63. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement, singulièrement sur sa capacité de travail ainsi que sur la détermination de son revenu d'invalidé.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

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

6. 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA et cela également en cas de dépôt d'une nouvelle demande après un premier rejet de prestation (ch. 2030 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité du 1^{er} janvier 2015 - CIIAI).

7. a. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

b. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des

conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

b. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C 841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C 13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C 14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore,

raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

f. 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. 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).

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. A 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 n° 15 p.43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C 242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas

particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C 337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

12. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
13. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références ; ATF 139 V 399).

14. a. En l'occurrence, la décision de l'intimé du 18 novembre 2014 rejetant la première demande de prestations du recourant est entrée en force. Elle a considéré que ce dernier était totalement incapable de travailler dans son ancienne activité depuis le 5 juin 2012, mais totalement capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé depuis le 6 mars 2013, de sorte que le degré d'invalidité était de 9 %. Dans la décision subséquente, litigieuse, du 24 août 2018, l'intimé rejette la nouvelle demande de prestations du recourant en se référant à l'instruction médicale menée par le SMR, lequel, dans son avis du 15 novembre 2017, a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dès le 5 juin 2012 et totale dans une activité adaptée dès le 24 septembre 2015.

b. Le recourant invoque le caractère erroné de la décision du 18 novembre 2014 ; il considère en outre que la décision du 24 août 2018 a reconsidéré celle du 18 novembre 2014 dès lors que l'intimé a finalement admis que l'incapacité de travail totale avait perduré jusqu'au 24 septembre 2015 et non pas seulement jusqu'au 6 mars 2013. Par ailleurs, il estime que trois pathologies n'ont, à tort, pas été prises en compte par l'intimé dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, soit une obésité, un syndrome d'apnées nocturne et un trouble anxio-dépressif, lesquelles entraîneraient une baisse de rendement dans l'activité adaptée exigible. Enfin, l'abattement opéré sur le salaire statistique devait être augmenté à 15 % et le revenu d'invalidé devait être identique à celui retenu par la SUVA.

15. a. La chambre de céans constate que la décision du 18 novembre 2014 ne fait pas partie de l'objet du présent litige, ce d'autant qu'elle est définitive. Il convient en revanche d'examiner si l'intimé a, dans la décision litigieuse, reconsidéré la décision du 18 novembre 2014, en reconnaissant au recourant une incapacité de travail totale du 5 juin 2012 au 24 septembre 2015, cas échéant d'examiner la capacité de travail exigible du recourant dès cette date. Dans le cas contraire, il conviendra d'examiner si une modification sensible du degré d'invalidité de recourant est survenue au jour de la décision litigieuse, le 24 août 2018, singulièrement si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis le 18 novembre 2014 et dans quelle mesure.

b. Suite à la nouvelle demande de prestations du recourant du 25 août 2017, l'intimé a rendu la décision du 24 août 2018, laquelle constate qu'à l'issue de l'instruction médicale, le SMR a confirmé une incapacité de travail totale du recourant dans l'activité habituelle et retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles. Ce faisant, il se réfère à l'avis du SMR du 15 novembre 2017, lequel constate que le séjour du recourant à la CRR en 2014 a permis de constater qu'il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles définitives, que les médecins de la SUVA s'étaient prononcés dans un rapport final du 22 février 2017, qu'en conclusion, le recourant avait présenté une longue maladie débutée le 5 juin 2012, que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité adaptée et que l'aptitude à la réadaptation était fixée au 24 septembre 2015 (date du CT-Scan) ; par ailleurs, il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique incapacitante.

Dans cet avis, le SMR reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 5 juin 2012 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 24 septembre 2015. Il est ainsi revenu sur son appréciation effectuée le 18 juillet 2014 et reprise dans la décision du 18 novembre 2014, constatant une aptitude à la réadaptation du recourant dès le 6 mars 2013 déjà.

La question se pose de savoir si, ce faisant, l'intimé a reconsidéré la décision initiale du 18 novembre 2014. Dans sa réponse du 9 mai 2019, l'intimé s'en défend en relevant qu'il n'a pas examiné les conditions d'une reconsidération. En toute hypothèse, si l'intimé a reconsidéré sa décision, il a maintenu son refus d'allouer,

également pour la période objet de la décision initiale du 18 novembre 2014, tout droit à une rente.

La question de l'existence ou non d'une reconsidération peut cependant demeurer ouverte dès lors que, même si tel était le cas, il convient d'admettre qu'au vu du rapport du Dr C_____ du 6 mars 2013, cité par le SMR dans son avis du 18 juillet 2014, il n'apparaît pas manifestement erroné d'avoir retenu de la part de l'intimé, dans sa décision du 18 novembre 2014, une aptitude à la réadaptation du recourant dès le 6 mars 2013, nonobstant le rapport de la CRR du 5 juin 2014 faisant état de l'intervention chirurgicale du 14 novembre 2013 et d'un état de santé pas encore stabilisé.

Il convient ainsi de constater que les conditions d'une reconsidération de la décision du 18 novembre 2014, entrée en force, ne sont pas données, de sorte qu'un droit à une rente d'invalidité dès le 5 juin 2013 (soit une année après le début de l'incapacité de travail totale du recourant, le 5 juin 2012) ne peut être reconnu au recourant.

c. Il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision du 18 novembre 2014. Tel est bien le cas puisque l'intimé reconnaît au recourant une incapacité de travail totale postérieurement à la décision du 18 novembre 2014, incapacité de travail totale qui n'est pas litigieuse jusqu'au 24 septembre 2015. Se pose encore la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu au recourant une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 24 septembre 2015 ou si, comme l'allègue le recourant, cette aptitude à la réadaptation n'était donnée que dès le 22 février 2017, date de l'examen final par le médecin d'arrondissement de la SUVA, avec, de plus, une diminution de rendement, compte tenu de toutes les pathologies alléguées.

16. a. Du point de vue psychique, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr J_____ du 27 février 2017 pour exclure tout caractère incapacitant à l'atteinte psychiatrique. A cet égard, ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce qui n'est pas contesté par le recourant. Celui-ci se borne à faire référence aux rapports de la Dresse H_____ des 23 janvier et 28 septembre 2017. Or, celle-ci atteste d'un trouble dépressif réactionnel apparu en 2014, secondairement à la mauvaise évolution de la fracture, sans mentionner de limitations fonctionnelles. Elle spécifie en outre sous « pronostic » que la reprise de travail comme manœuvre sur chantier est impossible et qu'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, est de « 0 % », sans cependant donner d'explication concernant une incapacité de travail totale dans toute activité. Ces considérations ne sont pas suffisantes pour mettre en cause le rapport d'expertise du Dr J_____, lequel a estimé que le recourant présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, soit une atteinte touchant l'humeur d'intensité au maximum légère et non incapacitante.

b. Du point de vue somatique, la Dresse H_____ a jugé le syndrome d'apnées nocturnes et l'obésité sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport de la Dresse H_____ du 28 septembre 2017). Au surplus, s'agissant de l'atteinte orthopédique, l'intimé s'est référé à l'instruction médicale menée par la SUVA. Il a cependant suivi l'avis du SMR du 15 novembre 2017, lequel s'écarterait de l'expertise du Dr I_____ du 22 février 2017 en ce sens que la capacité de travail dans une activité adaptée était fixée au 24 septembre 2015, date du CT Scan au lieu du 22 février 2017. Or, cette divergence n'est pas motivée par l'intimé. Par ailleurs, elle écarte les appréciations postérieures au CT-Scan précité, faisant état d'un stress osseux, d'un probable SDRC et d'un état de santé non encore stabilisé (rapport des Drs G_____ des 29 octobre et 11 novembre 2015 et H_____ du 23 janvier 2017). Dans ces conditions, la question se pose de savoir si la date à laquelle le recourant a été reconnu apte à exercer une activité adaptée est le 22 février 2017 plutôt que le 24 septembre 2015, étant relevé qu'il est exigible du recourant qu'il exerce une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à tout le moins dès le 22 février 2017. Cette capacité de travail de 100 % tient en effet compte d'une activité adaptée à toutes les limitations fonctionnelles du recourant, comme rappelé par le SMR dans son avis du 17 octobre 2018, soit une activité essentiellement sédentaire, avec déplacements réguliers sur de courtes distances.

Cependant cette question peut rester ouverte dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée le 12 juillet 2017, de sorte qu'un droit à une éventuelle rente d'invalidité - tenant compte d'une incapacité de travail totale du recourant dès le 19 novembre 2014 - ne pourrait naître qu'en janvier 2018 et qu'à tout le moins dès le 22 février 2017 le recourant était apte à retravailler dans une mesure telle que, comme exposé ci-après, son degré d'invalidité n'atteint pas le seuil de 40 % donnant le droit à une rente (art. 29 al. 1 LAI et ch. 2030 CIIAI).

17. Il convient encore de calculer le degré d'invalidité du recourant, en tenant compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. A cet égard, la SUVA, par décision du 18 juin 2018 a pris en compte une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} juillet 2017 et conclu à un degré d'invalidité de 12 %. Cette décision a été confirmée par arrêt de la chambre de céans du 15 avril 2019 (cause A/2655/2018).

S'agissant du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé, il convient de relever que l'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé issu des salaires statistiques, même s'il était augmenté à 15 % (soit un revenu d'invalidé de CHF 56'638.- au lieu de CHF 59'969.-), comme demandé par le recourant et comme admis dans l'arrêt du 15 avril 2019 précité, aboutirait à un degré d'invalidité de 10 %, soit :

$$\frac{\text{CHF } 62'582.- - \text{CHF } 56'638.-}{\text{CHF } 62'582.-} = 9,5 \% \text{ (arrondi à } 10 \% \text{)}$$

Or, ce degré d'invalidité est inférieur à celui de 20 % donnant droit à une mesure de reclassement et à celui de 40 %, donnant droit à une rente d'invalidité ; il en est de même si le degré d'invalidité calculé par la SUVA est retenu (12 %).

18. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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