

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1970, titulaire d'un certificat fédéral de capacité en tant que mécanicien sur automobiles, a alterné des périodes d'emploi et de chômage. Depuis 2005, il est à l'Hospice général.
2. Dès l'adolescence, l'intéressé a consommé du cannabis, de l'alcool, de la cocaïne et de l'héroïne. En 1996, le diagnostic d'hépatite C a été posé et l'intéressé a bénéficié d'un traitement d'Interferon et de Ribavirine en 2002 et 2003.
3. Sur la base d'une expertise psychiatrique du le docteur B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rejeté, par décision du 11 février 2008, la demande de prestations de l'assuré, au motif que la capacité de travail était entière dans toute activité.
4. Considérant que l'instruction était lacunaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a annulé cette décision, par arrêt du 10 décembre 2008, et a renvoyé la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire (ATAS/1460/2008).
5. Le 25 février 2010, le Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : BREM) a rendu son rapport d'expertise psychiatrique, rhumatologique et gastroentérologique. Les experts ont retenu les diagnostics de séquelles de la maladie de Scheuermann assorties de spondylodiscarthrose étagée sévère, avec listhésis L5/S1, scoliose et suspicion d'ostéopénie, d'arthrose acromio-claviculaire bilatérale, de status après Osgood-Schlatter à gauche, de status après fracture de la jambe gauche avec ébauche d'arthrose tibio-tarsienne et remaniements du péroné, et signes irritatifs en regard du nerf péronier, de suspicion de polyneuropathie des membres inférieurs, de déformations congénitales des avant-pieds avec raccourcissement des métatarsiens, d'exostoses de l'astragale et du tibia gauches, de maladie de Haglund, de troubles mixtes de la personnalité (émotionnellement labile type borderline et paranoïaque), présents depuis l'adolescence, de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue depuis fin 2007, et d'utilisation nocive pour la santé de cannabis, depuis l'âge de 15 ans. Les diagnostics d'hépatite virale C stabilisée, sans insuffisance hépatique ni hypertension portale, et du syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan physique, les limitations étaient le port de charges supérieures à 10 kg de manière répétitive et de 20 kg de manière occasionnelle, l'évitement de la position statique de la tête ou du dos pendant plusieurs heures d'affilées et les porte-à-faux. L'assuré devait également éviter le travail en hauteur en-dessus de l'horizontale et les engins à vibrations, la position à genoux et accroupie, les terrains instables, échelles, escabeaux, échafaudages, sols mouillés, caillouteux et les longs déplacements. Sur le plan psychique et mental, les troubles mixtes de la personnalité engendraient un seuil bas à la frustration, une irritabilité, des difficultés avec l'autorité, des conflits émotionnels et relationnels à répétition, des

revendications majeures avec un sentiment de justice exacerbé et une focalisation sur la notion de plaisir. La dépendance à l'alcool et l'utilisation nocive pour la santé de cannabis entraînaient une importante démotivation pour toute activité professionnelle. La capacité de travail était de 50 % sur le plan psychique. Sur le plan somatique, l'ancienne activité de mécanicien était proscrite. Il y avait par ailleurs une diminution de rendement de 20 % au moins depuis 1991 et de 50 % depuis 2005 pour des raisons physiques. Sur le plan psychique, il y avait une incapacité de travail de 20 % au moins depuis la fin de l'apprentissage. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables au vu des troubles du caractère, de la réduction de la tolérance à l'autorité et des conflits relationnels à répétition. Ces troubles pourraient être améliorés par un traitement neuroleptique à petites doses qui remplacerait « l'automédication » d'alcool et de cannabis pris par l'expertisé. Le traitement psychothérapeutique devrait être poursuivi et était exigible. Une abstinence à l'alcool et au cannabis était enfin nécessaire et également exigible.

6. Ayant été informé par projet de décision du 5 novembre 2010 que l'OAI avait l'intention de lui octroyer une demi-rente dès le 1^{er} juin 2006, l'assuré a contesté ce projet.
7. Lors de son audition en date du 9 décembre 2010, il a déclaré être d'accord avec la capacité de travail retenue dans une activité adaptée. Toutefois, il a sollicité des mesures professionnelles, se disant motivé à retrouver une activité à 50 %, dès lors qu'il ne supportait plus de rester sans rien faire. Il a demandé à l'OAI de l'aider à trouver une activité adaptée ou de lui donner la possibilité de faire une nouvelle formation.
8. Par décision du 5 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision précité et n'est pas entré en matière sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
9. Sur recours de l'assuré contre cette décision, les parties ont trouvé un accord dans le sens que l'OAI lui a accordé une orientation professionnelle. Cet accord a été entériné par arrêt du 16 novembre 2011 de la chambre de céans (ATAS/1083/2011).
10. L'assuré a été convoqué par la suite à un entretien au service de réadaptation de l'OAI. Selon la note de travail du 13 mars 2012, il ne s'était pas présenté à ce rendez-vous sans s'excuser.
11. Le 17 avril 2012, un entretien entre l'assuré et la réadaptation professionnelle a eu lieu. Ce dernier a alors déclaré ne pas avoir reçu la convocation du 13 mars 2012. Il ne savait pas dans quel domaine chercher du travail et ne voyait pas comment il pourrait accéder à une activité professionnelle. Lors de cet entretien, il a été donné à l'assuré le choix entre un stage de trois mois aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ou dans l'entreprise sociale Pro (ci-après : Pro) en vue de l'élaboration d'une cible professionnelle à mi-temps. L'assuré allait réfléchir au

lieu d'insertion, discuter avec le conseiller du chômage et donner sa réponse dès que possible.

12. Par courrier du 18 septembre 2012, l'OAI a demandé au conseil de l'assuré s'il devait maintenir la mise sur pied du stage d'orientation, l'assuré ne lui ayant donné aucune nouvelle.
13. Le 21 septembre 2012, l'assuré a répondu, par l'intermédiaire de son conseil, qu'il souffrait actuellement d'une aggravation de son état de santé, de sorte qu'il ne pouvait exercer aucune activité professionnelle ni suivre aucune mesure d'orientation. Il ne manquerait cependant pas de reprendre contact avec l'OAI lorsque son état de santé se sera amélioré durablement. A l'appui de ses dires, il a annexé le certificat médical du 7 septembre 2012 du docteur D_____ attestant qu'il était en incapacité de travail depuis le 19 avril 2012 pour une durée indéterminée et qu'une intervention chirurgicale était prévue en fin d'année 2012.
14. Dans le rapport d'examen non daté du service de réadaptation professionnelle de l'OAI, il est constaté qu'aucun stage ne pouvait momentanément être organisé et qu'une instruction médicale devait être ouverte afin de permettre au service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) de fixer une nouvelle exigibilité et d'examiner le droit à d'éventuelles prestations. Dans l'intervalle et en attendant les résultats de cette nouvelle instruction, le mandat de réadaptation était clos.
15. Le 25 octobre 2012, l'assuré a été soumis à une artériographie avec pose de stents des artères iliaques.
16. Le 6 novembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et générale, a attesté que l'assuré présentait une pathologie médicale qui l'empêchait de travailler, à savoir une hypertension artérielle mal contrôlée et une insuffisance artérielle des membres inférieurs sévère pour lesquelles une intervention avait été nécessaire en date du 25 octobre 2012. L'évolution semblait actuellement favorable, permettant une reprise de sa recherche d'emploi dès le 19 novembre 2012.
17. Par courrier du 28 février 2018, l'assuré s'est étonné auprès de l'OAI de ne pas avoir reçu de réponse à ses nombreux messages laissés à la réception et sur le répondeur. Il l'a par ailleurs informé qu'il avait été opéré avec succès des artères fin 2012 et qu'il était à nouveau apte pour un travail à 50 %. Il pouvait dès lors effectuer le stage proposé.
18. Par courriel du 5 mars 2013, la réadaptatrice de l'OAI a répondu à l'assuré qu'elle devait maintenant clarifier médicalement la situation relative aux problèmes artériels et vérifier si ceux-ci avaient encore un impact sur sa capacité de travail. Les réponses fournies par les Drs D_____ et C_____ seront soumises au SMR. En effet, avant la mise en place d'une mesure d'orientation, la capacité de travail actuelle devait être validée. D'ici la fin de l'instruction médicale, la réadaptatrice ne pouvait pas intervenir.

19. Dans son avis médical du 4 juin 2013, le docteur E_____ s'est prononcé sur les nouveaux rapports médicaux et a constaté que la capacité de travail dans une activité adaptée était à nouveau de 50 % et que les limitations fonctionnelles restaient les mêmes.

20. Un nouvel entretien de réadaptation a eu lieu le 10 avril 2014. L'assuré a alors fait état de ses problèmes circulatoires (sensation de doigts gelés), d'une polyarthrite rhumatoïdale suspectée aux genoux et de blocages dorsaux nécessitant un repos de deux à trois jours. Quant aux mesures possibles, il est relevé dans la note relative à cet entretien qu'une mesure d'orientation de trois mois ne pouvait être suivie d'un reclassement, mais tout au plus d'une aide au placement. Une telle mesure ne favorisait pas le développement d'un projet professionnel porteur. L'accès à un emploi à 50 % compatible à l'état de santé de l'assuré était très peu probable dans ce genre d'option. Une orientation comme animateur/formateur socio-éducatif a dès lors été discutée. L'assuré en était assez séduit mais craignait la longueur de la formation, le travail en équipe et de s'installer dans une routine qu'il ne supporterait que difficilement. En ce qui concerne les soins aux animaux, les opportunités de travail étaient faibles et très physiques. Une activité de contact-vente avec une autonomie de gestion et une organisation personnelle des horaires et du travail correspondait beaucoup mieux à la personnalité et à l'esprit entrepreneurial de l'assuré. Il était alors discuté d'un projet d'activité indépendante pour la gestion d'un Foodcar avec un ami cuisinier qualifié avec CFC. De l'avis de la psychologue conseillère en réadaptation, ce projet semblait pertinent et adapté à la personnalité de l'assuré, compte tenu des compétences mises en valeur dans les activités bénévoles associatives exercées jusqu'à présent. Il était aussi réaliste en termes de durée de mise en place des mesures, à savoir un an et demi au plus. Il pourrait être réalisé en trois étapes, la première consistant à aider l'assuré à retrouver un rythme de travail régulier par des mesures de réinsertion socio-professionnelle de deux à quatre heures par semaine. Ensuite, durant un an au maximum, la mesure de réinsertion pouvait être suivie aux EPI où l'assuré avait la possibilité d'améliorer sa connaissance des outils informatiques pour la gestion de stocks, la tenue d'inventaires et de comptabilité simple. Les exercices lui permettraient également de rédiger un projet de demande d'aide en capital pour l'achat du Foodcar, demande qui pourrait être déposée auprès de l'Office fédéral des assurances sociales, le cas échéant, auprès d'autres organismes d'entraide à l'insertion. Puis, dans une deuxième étape, des cours de comptabilité de base, pour l'obtention de la patente de cafetier-restaurateur et des cours de création d'entreprise pourraient être mis en place. Dans la troisième étape, le financement du projet et l'achat du Foodcar devaient être organisés et enfin la reprise de l'activité indépendante. L'assuré semblait très motivé par ces perspectives et allait consulter son conseiller juridique avant de donner une réponse définitive pour la mise en place des mesures de réinsertion aux EPI. Il était prévenu qu'un délai d'attente de deux ou trois mois était possible et que les mesures pourraient démarrer au plus tard à la fin de l'été 2014. L'assuré devait contacter le service de réadaptation pour l'organisation de ces mesures.

21. Le 20 novembre 2014, le Dr C_____ a attesté que, depuis mars 2014, l'assuré était dans l'incapacité de se servir correctement de son pouce droit, notamment pour écrire, utiliser un clavier et pour les gestes de la vie quotidienne.
22. En décembre 2014, l'assuré a formé une demande de révision de l'allocation pour impotent, en indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis 2011/2012. La modification consistait en un problème de circulation sanguine (maladie des artères diffuses), une polyarthrite rhumatoïde débutante et une hypertension artérielle.
23. Par courrier du 23 février 2015, l'OAI a invité l'assuré à retirer sa demande d'allocation pour impotent, celle-ci ne correspondant pas à ses besoins.
24. Dans son rapport d'entretien téléphonique du 23 février 2015 avec l'assuré, la réadaptatrice a noté que l'assuré relevait qu'il était invalidé par ses problèmes de circulation sanguine à la main droite, ne pouvant saisir les objets et souffrant d'une plaie ouverte au bout de l'ongle qui ne cicatrisait pas. Ses projets de réinsertion ne semblaient donc plus réalisables et l'assuré ne voyait pas concrètement comment il arriverait à mener une activité professionnelle avec ses problèmes de dos et de la main. C'est la raison pour laquelle il avait déposé une nouvelle demande. Toutefois, il avait utilisé le mauvais formulaire et requis les allocations pour impotent. En fait, il désirait que l'intimé révisât son taux d'invalidité.
25. Le 3 mars 2015, la réadaptatrice a informé le service des prestations complémentaires (SPC) que l'assuré se trouvait confronté à une progressive aggravation de sa santé physique et que la mise en place de mesures de réinsertion et de stage pratique d'évaluation s'avérait difficilement exigible depuis 2014. Cela étant, l'OAI allait réexaminer le taux d'invalidité de l'assuré à la lumière des nouveaux rapports médicaux des médecins traitants. Pour l'instant, aucune mesure professionnelle n'était susceptible d'être organisée.
26. En août 2015, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne. De l'anamnèse il résulte que, depuis l'expertise du BREM, la situation vasculaire s'était détériorée. Progressivement, le périmètre de marche s'était réduit et ne dépassait plus 50 m sans boiter en avril 2012, raison pour laquelle le Dr D_____ avait certifié une incapacité de travail. Après une angioplastie fin octobre 2012, la claudication intermittente avait disparu, mais était réapparue deux à trois mois plus tard. La symptomatologie n'intéressait plus le membre inférieur gauche, mais droit avec une incapacité de marcher plus de 100 m à plat. Une nouvelle angioplastie avec implantation de deux stents avait été effectuée le 9 avril 2013 dont l'évolution n'avait jamais été tout à fait favorable du côté droit. Actuellement, il persistait une claudication intermittente à droite, à environ 100 m avec contracture et douleur du mollet droit. Au début de l'année 2014, alors qu'il était à la pêche, l'assuré a ressenti brutalement un engourdissement du pouce droit qui était devenu tout blanc avec l'apparition d'un hématome et des douleurs. Était alors diagnostiqué un phénomène artériel transitoire très distal, probablement sur embolisation compensée. Il présentait également des douleurs du

deuxième doigt droit. Dans les plaintes, l'assuré a mentionné des douleurs rachidiennes chroniques, intéressant autant l'étage cervical que dorsal depuis 1988, lesquelles s'étaient aggravées au cours du temps. Depuis 2000, il ne pouvait plus pratiquer le vélo ou la moto. Lors d'exacerbations aiguës, environ une fois par mois, il prenait des antalgiques. Par ailleurs, l'assuré se plaignait d'irradiation douloureuse dans les membres, à type paresthésies, migrant dans les membres inférieurs. Les longues positions assises lui procuraient des cervicalgies. Son périmètre de marche était limité à environ 100 m à plat lors d'une marche rapide. En marchant lentement, il pouvait se déplacer sur 3 ou 4 km. Il se plaignait aussi de claudication de la cuisse et de la jambe droite après 300 m de marche à plat et de polyarthralgies des poignets et des chevilles avec une raideur matinale qui pouvait durer plusieurs heures. Ses crises pouvaient durer 4 ou 5 jours, mais la médication amenait à un soulagement rapide. Quant à l'ischémie du pouce droit, elle évoluait plutôt favorablement. À l'index, il présentait également une zone d'hypoesthésie, mais n'y avait pas de douleurs, sauf en serrant de sa pince avec force. Rarement les douleurs l'empêchaient d'écrire. Les crises avec ankylose matinale ne survenaient que rarement, surtout par temps froid et humide, ce qui le gênait pour pratiquer la pêche. Selon l'expert, cette affection était nouvelle, mais pas suffisamment handicapante au point de retenir une incapacité de travail supplémentaire ou des limitations fonctionnelles nouvelles, si ce n'est un environnement professionnel non exposé aux intempéries et au froid. Quant à l'artériopathie des membres inférieurs, il y avait une aggravation par rapport à ce qui prévalait en 2010, mais l'affection s'était soldée par une amélioration, puisqu'il n'y avait plus de claudication intermittente à gauche, alors qu'à droite, la claudication ne compromettait pas la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Début avril 2014, une ischémie chronique du pouce droit et une petite ulcération de l'extrémité pulpaire avait été diagnostiquée. En mars 2015, un nouvel événement trombo-embolique était survenu au niveau de l'index droit, avec des douleurs moins intenses qu'au pouce. L'évolution était lentement favorable. L'assuré est toutefois capable d'écrire sans trop de difficultés et de taper un clavier d'ordinateur. L'expert n'avait pas d'argument pour le diagnostic de suspicion de polyneuropathie des membres inférieurs, considérant que les douleurs du membre inférieur gauche résultaient d'une obstruction artérielle proximale. Ses diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une artériopathie oblitérante des membres inférieurs dès 2017 avec status après angioplastie et pose d'un stent en octobre 2012, status après angioplastie avec une occlusion de l'artère iliaque avec pose d'un stent en octobre 2012, angioplastie de l'axe iliaque droit avec implantation de deux stents en avril 2014, embolisation artério-artérielle du pouce droit en avril 2014 et possible embolisation artério-artérielle de l'index droit en mars 2015. Les diagnostics d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie traitée, de status après éradication d'une hépatite C chronique en 2002 et de status après cure de hernie inguinale droite en 2010 n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné une limitation du périmètre de

marche à 300 m et l'absence d'exposition au froid et aux intempéries. Il ne s'est pas prononcé sur les limitations au plan psychique. Au demeurant, la situation ne s'était pas modifiée, l'assuré vaquant à ses activités habituelles et à ses hobbies. Dans l'activité de mécanicien, l'incapacité de travail était restée totale et dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 %, sans diminution de rendement depuis 2005. Cependant, une incapacité de travail était justifiée entre mai et octobre 2012 et entre le 26 mars et le 9 avril 2013, puis du 14 avril au 14 juin 2014.

27. Selon l'avis médical du 8 septembre 2015 du docteur G_____ du SMR, la capacité de travail était restée à 50 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles déjà retenues en 2010, auxquelles s'ajoutaient une limitation du périmètre de marche et une non-exposition au froid.
28. Par décision du 14 septembre 2015, l'OAI a refusé une allocation pour impotence.
29. Dans le rapport concernant les mesures d'ordre professionnel du 17 septembre 2015, il est constaté que la mise en place d'une mesure d'orientation avait été abandonnée, l'assuré ne se sentant pas apte médicalement. Partant, l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas opportunes.
30. Le 18 septembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il considérait que son degré d'invalidité était inchangé. Par ailleurs, la mise en place d'une orientation professionnelle ne s'avérait pas possible en raison de facteurs étrangers à l'affection médicale. Partant, il avait l'intention de refuser à l'assuré l'augmentation de sa rente d'invalidité et une mesure d'orientation professionnelle.
31. Par décision du 28 octobre 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
32. Par courrier non daté, reçu le 16 février 2016 à l'OAI, l'assuré lui a demandé où en était l'évaluation de son dossier, n'ayant reçu aucune nouvelle quant à l'évolution de son taux d'incapacité de travail, si ce n'est le projet de décision du 18 septembre 2015.
33. Par courrier du 16 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré que le projet de décision avait été confirmé par sa décision du 28 octobre 2015.
34. Par arrêt du 10 mars 2016, la chambre de céans a déclaré irrecevable le recours de l'assuré contre le projet de décision du 18 septembre 2015 de l'OAI, respectivement la décision du 28 octobre 2015.
35. Par courrier reçu le 7 juin 2016 à l'OAI, l'assuré lui a demandé de lui notifier une nouvelle décision concernant son orientation professionnelle et l'augmentation du taux d'invalidité.
36. Par courrier du 13 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne rendra pas de nouvelle décision, mais qu'il lui était loisible de déposer une nouvelle demande.
37. Le 27 juillet 2017, l'assuré a subi une endartériectomie du carrefour fémoral droit et une plastie d'élargissement par patch en péricarde bovin au niveau de son membre

inférieur droit. Son état de santé avait évolué favorablement et il avait pu quitter l'hôpital le 31 juillet 2017.

38. En octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé. Il a étayé celle-ci par le certificat du 6 novembre 2017 du Dr C_____, selon lequel l'assuré présentait une aggravation depuis 2015. Il souffrait toujours de problèmes du rachis et d'une artériopathie sévère. Celle-ci avait nécessité une nouvelle intervention, cette fois-ci chirurgicale, pour désobstruction des artères des membres inférieurs. A cela s'ajoutait une pré-polyarthrite rhumatoïde. Enfin, l'assuré avait développé une volumineuse hernie discale cervicale avec douleur et gêne du membre supérieur droit. Partant, il était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 13 juin 2017.
39. Selon l'examen artériel du membre inférieur par les docteurs H_____ et le Professeur I_____ de l'unité d'angiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 26 février 2018, le bilan montrait une bonne évolution après l'opération. L'assuré n'avait plus de douleur au membre inférieur droit, mais se plaignait d'une hypoesthésie et d'une dysesthésie de la face interne de la cuisse droite depuis l'intervention, en discrète amélioration depuis six mois. Il ressentait également une douleur dans le mollet gauche après 400-500 m de marche, mais qui était peu invalidante.
40. Dans son avis médical du 12 juin 2018, le SMR a considéré que l'assuré avait rendu plausible une aggravation durable et notable de son état de santé.
41. Dans son rapport du 14 juin 2018, le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 13 juin 2017. Il a posé les diagnostics d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec patch, stent et chirurgie, de pré-polyarthrite rhumatoïde, de rachialgies chroniques, d'hypertension artérielle, d'ancienne toxicomanie sevrée, de hernie cervicale et de bursite grave de l'avant-pied sur pied creux. Les douleurs du rachis étaient stables et la cervicobrachialgie en nette amélioration. Il y avait une accentuation des mains froides avec gerçures en cas de baisse de température. La bursite de l'avant-pied était grave. Il semblait difficile à ce médecin de trouver un travail adapté aux handicaps actuels. Une évaluation globale semblait indispensable. Par ailleurs, ce médecin a indiqué que l'assuré avait une activité bénévole en tant qu'entraîneur de football. Un des facteurs qui faisait obstacle à la réadaptation était le fait que la maladie était récidivante.
42. Dans son avis médical final du 9 octobre 2018, la doctoresse J_____ du SMR a constaté que l'assuré avait présenté une aggravation de l'insuffisance artérielle du membre inférieur droit en juin 2017, motivant une intervention chirurgicale. Il avait aussi développé des cervicobrachialgies droites en juin 2012 en relation avec une hernie discale C5-C6 en contact avec la racine C6, non déficitaire. A cela s'ajoutait une bursite de l'avant-pied droit, selon l'échographie de juin 2018. Il souffrait aussi d'une pré-polyarthrite rhumatoïde, pour laquelle il n'était pas traité. Selon le SMR, le problème angiologique avait pu être amélioré par l'intervention chirurgicale, si

bien que l'on retrouvait les mêmes limitations fonctionnelles pour le problème vasculaire que le Dr F_____ avait constatées. Il en allait de même du problème du rachis cervical sans déficit neurologique. Les limitations fonctionnelles en rapport avec ce problème avaient déjà été retenues lors de l'expertise 2010. Quant à la pré-polyarthrite rhumatoïde, elle ne s'était pas aggravée. La bursite de l'avant-pied entraînait des limitations à la marche qui avaient déjà été retenues par le Dr F_____ en raison du problème vasculaire des membres inférieurs. Il n'y avait pas d'argument pour une aggravation du problème psychique. Partant, une incapacité de travail limitée dans le temps pouvait être retenue en raison du problème vasculaire, soit un mois post-opératoire. La capacité de travail exigible de manière médico-théorique demeurait ainsi à 50 % dans une activité adaptée, si les nombreuses limitations fonctionnelles pouvaient être respectées.

43. Le 11 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de refuser l'augmentation de la rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient ni indiquées, ni justifiées.
44. Par courrier du 19 novembre 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, en soulignant qu'il avait dû se soumettre à plusieurs interventions opératoires en raison d'artères bouchées. De surcroît, la justice avait condamné l'OAI à le réorienter.
45. Par décision du 20 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.
46. Par acte du 17 décembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en faisant valoir que son état de santé n'avait cessé de se dégrader et avait nécessité plusieurs interventions chirurgicales sur les artères. Il souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde qui n'allait pas en s'améliorant, ainsi que de hernies de plus en plus douloureuses et handicapantes.
47. Dans sa réponse du 28 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à la décision querellée en ce qui concerne les motifs. Il a par ailleurs relevé s'être conformé à l'arrêt de la chambre de céans du 16 novembre 2011, dès lors que le recourant avait été reçu au service de réadaptation pour mettre en place une orientation professionnelle, laquelle n'avait toutefois pas abouti. De surcroît, lors de l'entretien avec la conseillère en réadaptation en date du 17 avril 2012, il avait été convenu que le recourant prît contact avec elle, afin de confirmer l'organisation d'un stage, mais ce dernier n'avait pas donné de nouvelles. L'instruction médicale avait été reprise par la suite et avait confirmé la même capacité de travail. Puis, aucune mesure n'avait pu être organisée, le recourant alléguant ne pas se sentir apte médicalement à reprendre les mesures. Ainsi, le recourant n'avait pas réellement adhéré au projet mis en place, en dépit des tentatives de réadaptation. Il fallait donc constater que l'aptitude subjective de réadaptation faisait défaut, le recourant n'ayant montré aucune motivation à entreprendre des mesures. Sur le plan physique, aucune aggravation durable depuis la dernière décision entrée en force n'avait été démontrée.

48. Le 28 mars 2019, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'aggravait depuis 2015 avec des problèmes de rachis et une artériopathie sévère. Sa maladie artérielle le handicapait également au niveau des mains dès qu'il s'exposait au froid. A cela s'ajoutait une volumineuse hernie discale cervicale avec douleur et gêne du membre supérieur droit en 2017. Partant, sa capacité de travail était nulle.
49. Le 20 mai 2019, le recourant a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} avril 2018, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu à ce qu'une expertise judiciaire multidisciplinaire fût ordonnée, et plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures de réadaptation appropriées à sa situation. Il a relevé que son état de santé s'était aggravé en 2012, raison pour laquelle le mandat de réadaptation avait été provisoirement clos. En février 2013, il avait lui-même écrit à l'intimé pour bénéficier à nouveau de mesures de réadaptation. Ce n'est toutefois qu'en juin 2013 que le SMR a confirmé qu'il présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %. Par la suite, l'intimé a tardé à le reconvoquer, pour mettre sur pied des mesures de réorientation. Enfin, après son rendez-vous en date du 10 avril 2014 avec le service de réadaptation, l'assuré avait de nouveau connu une péjoration de son état qui l'avait empêché de finaliser le projet. Curieusement, après l'expertise du Dr F_____ concluant à une capacité de travail toujours de 50 %, l'intimé avait ensuite estimé que des mesures de réadaptation n'étaient pas opportunes, sans autre justification. Quant à la décision de refus de prestations du 28 octobre 2015, l'assuré ne l'avait pas reçue, raison pour laquelle il n'avait pu la contester. Partant, il convenait de considérer qu'il avait toujours été volontaire pour des mesures d'orientation professionnelle, ayant plusieurs fois relancé lui-même l'intimé pour activer son dossier. Ainsi, le refus de celle-ci n'était pas étayé et était contradictoire avec les conclusions de l'expertise du Dr F_____. Il était également contradictoire de lui refuser, d'une part, l'augmentation de sa rente d'invalidité et, d'autre part, l'octroi de mesures d'ordre professionnel, alors que son taux d'invalidité était resté identique. Au demeurant, sur le plan physique, le Dr C_____ faisait état de diagnostics qui n'apparaissaient pas pour la plupart dans les expertises du Dr F_____ et du BREM. Au demeurant, dans cette dernière expertise, une incapacité de travail de 50 % avait été retenue uniquement en raison d'atteintes psychiques. Or, le Dr F_____ a estimé que l'incapacité de travail était également de 50 % sur le plan somatique. Partant, une incapacité de travail de 100 % devait être admise.
50. Par écriture du 3 juillet 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en reprenant ses précédents arguments. Il a par ailleurs rappelé qu'en cas de simultanéité de différentes atteintes à la santé, les effets sur la capacité de travail se recouvraient généralement, ce qui faisait que le degré d'incapacité de travail devait être déterminé en se fondant sur l'appréciation médicale de l'ensemble des handicaps présents. La simple addition des degrés d'incapacité de travail, en se référant au

taux d'incapacité de travail en relation avec les différents troubles fonctionnels, n'était pas admissible. Ainsi, les limitations de la capacité de travail dues à l'atteinte somatique ne devaient pas être additionnées aux limitations consécutives à l'atteinte psychiatrique.

51. Le 26 août 2019, le Dr C_____ a répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Il a répondu que l'état de santé physique du recourant s'était aggravé en novembre 2018 par rapport aux constatations du Dr F_____ dans son expertise du 22 août 2015, l'insuffisance artérielle des membres inférieurs s'étant péjorée. Par ailleurs, des cervicobrachialgies sur hernie cervicale C5-C6 droite étaient apparues, ainsi qu'une lésion cutanée récidivante du pouce droit sur probable maladie artérielle et Raynaud. Cette aggravation avait engendré une limitation dans le travail au froid et aux intempéries, pour le port de lourdes charges et le périmètre de marche. En janvier 2019, le recourant avait subi une récurrence avec occlusion fémorale superficielle gauche, traitée conservativement avec suivi en angiologie aux HUG. Quant à la hernie discale cervicale, elle avait évolué favorablement, avec nécessité de physiothérapie de maintien. La capacité de travail du recourant était nulle, essentiellement en raison de son problème artériel non résolu. Au cas où les problèmes somatiques encore non-résolus actuellement, surtout la maladie artérielle, pouvaient être stabilisés ou améliorés, un travail à temps partiel devait être possible avec une formation complémentaire. Le pronostic de ce médecin est toutefois réservé quant à la mise à profit de sa capacité de travail résiduelle, en raison des antécédents psychiques et du long déconditionnement à la vie professionnelle active.
52. Par avis médical du 19 septembre 2019, la Dresse J_____ du SMR a relevé que le diagnostic d'insuffisance artérielle du membre inférieur était déjà connu lors de l'expertise du Dr F_____ en 2015 et que celui-ci en avait tenu compte pour les limitations fonctionnelles. L'intervention de juillet 2017 avait permis d'améliorer la symptomatologie et les limitations fonctionnelles avaient été maintenues par le SMR. Quant à l'aggravation de janvier 2019, il s'agissait d'une aggravation postérieure au dernier avis du SMR. Concernant les cervicalgies sur hernie discale, le SMR en avait déjà connaissance lors de l'établissement de son dernier avis et des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical avaient été retenues lors de l'expertise de 2010, les cervicalgies étant présentes à ce moment-là. En 2018, il n'y avait pas de signe de gravité, notamment pas de déficit sensitivomoteur. Au demeurant, le Dr C_____ décrivait une évolution favorable. L'atteinte du pouce droit était également déjà connue par le Dr F_____ et les limitations fonctionnelles étaient retenues par le SMR par rapport à cette atteinte. Quant à la capacité de travail, elle restait identique que lors de l'expertise du Dr F_____, les limitations fonctionnelles étant superposables. Partant, le Dr C_____ avait donné une interprétation différente au même état de fait.
53. Par écriture du 20 septembre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à l'avis du SMR précité. Quant à l'aggravation de janvier 2018, elle était

postérieure à la décision querellée, de sorte qu'elle devait faire l'objet d'une procédure distincte.

54. Par écriture du 23 septembre 2019, le recourant a également maintenu ses conclusions, dès lors que le Dr C_____ avait confirmé l'aggravation de son état de santé. Subsidiairement, il a demandé la mise sur pied d'une expertise judiciaire.
55. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision du 28 octobre 2015, et si cette aggravation lui ouvre le droit à une rente supérieure à une demi-rente. Le cas échéant se pose également la question de savoir si le recourant peut prétendre à des mesures d'orientation professionnelle.
4. L'art. 17 al. 1^{er} 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3;

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. 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 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1^{bis} LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. a. En l'occurrence, l'état de santé physique du recourant s'est détérioré depuis l'expertise du BREM de 2010, comme le constate le Dr F_____ dans son expertise du 22 août 2015. En effet, l'artériopathie oblitérante du membre inférieur a nécessité une angioplastie avec pose de stents en octobre 2012 et en avril 2014. Le 14 avril 2014, le recourant présente une embolisation artério-artérielle du pouce droit et, en mars 2015, de l'index. En raison de ces aggravations, le Dr F_____ retient de nouvelles limitations, consistant dans la limitation du périmètre de marche à 300 m et de l'absence d'exposition au froid et aux intempéries. L'expert constate aussi une aggravation consistant en une polyarthralgie lors d'exposition au froid et lors de temps humides, ainsi qu'un syndrome de Raynaud qui peut être douloureux au pouce et à l'index droit lors de l'exposition au froid. Cela n'empêche toutefois pas le recourant de pratiquer la pêche dès son ouverture au mois de mars. Par ailleurs, il est relativement peu handicapé par ses polyarthralgies, celles-ci apparaissant par crises. De surcroît, ces crises se produisent rarement et n'empêchent pas le recourant de vaquer à ses occupations habituelles avec l'aide d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire. Les autres limitations sont restées les mêmes, selon le Dr F_____ . La capacité de travail est ainsi restée inchangée.

b. Depuis cette expertise et la décision de l'intimé d'octobre 2015, l'état de santé du recourant s'est encore aggravé. En effet, l'artériopathie a nécessité une intervention en juillet 2017 consistant en une endarériectomie du carrefour fémoral droit et une plastie d'élargissement par un patch en péricarde de bovin. Selon le rapport du 14 juin 2018 du Dr C_____, un des facteurs qui fait obstacle à une réadaptation est le caractère récidivant de la maladie. A cela s'ajoute une volumineuse hernie discale C5-C6 droite conflictuelle avec la racine C6 qui est à l'origine de cervicobrachialgies. Enfin, le recourant présente également une bursite grave de l'avant-pied sur pied creux.

Selon le SMR, le problème angiologique a pu être amélioré par l'intervention chirurgicale, de sorte qu'on retrouve les mêmes limitations fonctionnelles pour le problème vasculaire que le Dr F_____ avait posées. Quant au problème du rachis cervical, des limitations fonctionnelles en rapport avec cette atteinte ont été retenues lors de l'expertise de 2010, le recourant souffrant déjà de cervicalgies. S'agissant de la pré-polyarthrite rhumatoïde, elle n'est pas traitée et n'est donc pas aggravée. La bursite de l'avant-pied entraîne des limitations à la marche, lesquelles ont déjà été prises en compte par le Dr F_____ en raison du problème vasculaire des membres inférieurs.

c. De l'avis de la chambre de céans, l'appréciation du SMR ne peut être suivie. En effet, en premier lieu, il s'avère que le caractère récidivant de l'artériopathie est

confirmé, dès lors que le recourant a dû se soumettre encore à une intervention chirurgicale en 2017. Les faits survenus après la date de la décision litigieuse montrent également que l'insuffisance artérielle n'est pas stabilisée, le recourant ayant présenté une récurrence avec occlusion fémorale superficielle gauche en janvier 2019, traitée conservativement avec suivi en angiologie des HUG, comme le Dr C_____ l'a attesté. Par ailleurs, même si le recourant souffrait déjà de cervicalgies auparavant, il n'a pas présenté de cervico-brachialgies et ni une hernie cervicale, certes sans déficit neurologique, mais néanmoins volumineuse et en contact avec la racine C6. Il est vrai que la hernie cervicale et les brachialgies sont en amélioration. Il s'agit cependant d'une nouvelle comorbidité à laquelle le recourant a dû faire face. Quant à la bursite de l'avant-pied droit, elle aggrave les limitations à la marche.

Cela étant, il sied de constater une aggravation de l'état physique, consistant notamment dans le fait que l'artériopathie oblitérante n'a pas pu être durablement améliorée et stabilisée.

d. Certes, le seul fait que le recourant souffre d'une atteinte récidivante ne permet pas encore de conclure que celle-ci à une répercussion sur la capacité de travail en soi. Il convient toutefois de se demander si le recourant pourrait être imposé à un employeur au vu de ses absences fréquentes prévisibles pour des raisons de santé.

En tout état de cause, du fait que le recourant souffre d'un trouble psychique limitant sa capacité de travail à 50 %, se pose la question de savoir, s'il bénéficie de ressources psychiques suffisantes pour surmonter les douleurs et limitations liées aux nouvelles atteintes, ainsi que pour travailler à ce pourcentage compte tenu des nouvelles comorbidités. Il est à cet égard à relever que celles-ci ont constitué un obstacle majeur à la réadaptation, comme cela résulte du dossier.

Partant, il appert qu'une évaluation globale de la capacité de travail est nécessaire, compte tenu des nouvelles affections physiques qui peuvent avoir une incidence sur capacité de travail sur le plan psychique. En effet, une personne exempte d'atteinte psychiatrique pourrait éventuellement travailler à 50 % dans une activité adaptée, compte tenu des atteintes dont souffre le recourant et qui limitent sa capacité de travail à 50 %. Pour une personne qui est également diminuée sur le plan psychiatrique comme le recourant, il est à supposer que les capacités adaptatives sont réduites de ce fait.

Au vu de ces considérations, il sied de constater, d'une part, que l'état de santé physique du recourant s'est aggravé, artériopathie ne pouvant être stabilisée, et, d'autre part que cette aggravation peut avoir une incidence sur la capacité de travail exigible au niveau somatique, en raison des absences fréquentes prévisibles, et sur le plan psychiatrique.

Aucune évaluation globale de l'état de santé physique et psychique n'ayant été effectuée, l'instruction s'avère incomplète.

Cela étant, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comprenant en particulier une appréciation psychiatrique.

7. Par conséquent, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle expertise au sens des considérants.
8. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'intimé sera par ailleurs condamné à lui verser une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
9. Dès lors que l'intimé succombe partiellement, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 20 novembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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