

GE_GERICHTE A/329/2018 vom 26. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_329_2018

FR: GE_GERICHTE A/329/2018 du 26 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/329/2018 del 26 giugno 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au LIGNON, représenté par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a demandé des prestations à l'office de l'assurance-invalidité de canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 24 juillet 2014, en raison d'une incapacité de travail à 100% dès le 13 janvier 2014 due à des douleurs à l'aîne droite. 2. Selon un rapport d'évaluation établi le 9 octobre 2014, l'assuré est marié et père de trois enfants nés entre 2001 et 2011. Il a obtenu un CFC de sommelier à Genève et son dernier emploi a été celui de chauffeur-livreur pour B_____ SA (l'employeuse) du 1^{er} septembre 2013 au 31 octobre 2014. L'assuré ne pensait pas pouvoir reprendre une activité comme sommelier à cause des horaires dès lors qu'il avait trois enfants, mais envisageait plutôt une activité comme magasinier. Le conseiller en réadaptation proposait une formation de gestionnaire de stock chez Sight & Sound et le permis cariste chez Manutention et Chariots pour favoriser une reprise d'activité en lien avec son expérience, mais plus adaptée. 3. Dans un rapport du 21 octobre 2014, le docteur C_____, médecine générale, a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 100%, dès janvier 2014, en raison de douleurs chroniques à la hanche droite. Il allait avoir une chirurgie digestive pour suspicion d'une hernie inguinale. 4. Dans un rapport établi le 17 décembre 2014, le professeur D_____ médecin adjoint agrégé, et le docteur E_____, médecin interne, du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ont indiqué que l'assuré présentait une douleur du pli inguinal droit. Ils évoquaient en premier lieu une pathologie coxo-fémorale et demandaient un avis orthopédique. Le patient présentait, en outre, une clinique évocatrice de périarthrite de la hanche droite avec une bursite périrochantérienne visualisée à l'IRM du 3 février 2014. 5. Mandaté par Visana Service SA, le docteur F_____, médecine interne et pneumologie, de la clinique Corela, a indiqué, dans un rapport du 12 février 2015, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à retenir en l'absence de pathologie somatique. Une reprise du travail était possible dans l'activité habituelle dès le 5 février 2015. L'incapacité de travail était de 0% dans les postes de travail de chauffeur-livreur et magasinier. La question de la reprise dans un emploi adapté tombait en l'absence de handicap. 6. Dans un rapport du 24 février 2015, le prof. D_____ et le Dr E_____ ont indiqué que l'assuré avait été vu à trois reprises à titre consultatif dans le cadre d'une douleur du pli inguinal droit irradiant à la face antérieure de la cuisse, évoluant depuis début 2014. Après avoir écarté une douleur référée du rachis avec une IRM lombaire qui ne décrivait pas de conflit radiculaire, le patient avait été adressé en orthopédie pour suspicion de conflit fémoro-acétabulaire. Il avait bénéficié d'une arthro-IRM de la hanche droite et d'une

évaluation orthopédique, le 19 février 2015. L'assuré n'ayant été vu que transitoirement et pour une question spécifique par le service de rhumatologie, il ne pouvait être répondu aux questions de l'OAI concernant son aptitude au travail. 7. Le 3 mars 2015, l'assuré a été convoqué par le service de chirurgie orthopédique des HUG pour une intervention fixée au 12 mai 2015. 8. Le 12 mars 2015, le docteur G_____, médecin adjoint, et le docteur H_____, chef de clinique, du service de chirurgie orthopédique des HUG, ont indiqué avoir retenu l'indication d'une arthroscopie de la hanche droite de l'assuré et que le patient avait accepté l'intervention. 9. À teneur d'un rapport de « clôture IP en vue de DDP » du 17 mars 2015, la formation de gestionnaire de stock chez Sight & Sound n'avait pas pu se concrétiser. L'atteinte et les limitations étaient peu claires pour envisager des mesures chez un assuré qui ne pouvait pas rester assis. Arrivant à bientôt neuf mois du dépôt de la demande, le mandat IP était clôturé. 10. Dans un rapport du 16 juillet 2015 établi par le Dr G_____, médecin adjoint, et la doctoresse, I_____, médecin interne, du service de chirurgie orthopédique des HUG, le patient avait été revu à deux mois de l'arthroscopie. Il se mobilisait toujours avec deux cannes anglaises et n'avait pas débuté la physiothérapie. Il était actuellement sans emploi. Son arrêt de travail était prolongé au 13 septembre 2015 à 100%. 11. À teneur d'un rapport établi le 7 septembre 2015 par la Dresse I_____, la capacité de travail exigible de l'assuré était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec une aptitude à la réadaptation dès le 7 septembre 2015. L'incapacité de travail était totale du 12 mai au 13 septembre 2015 et l'assuré était en arrêt de travail depuis deux ans. Sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle. Le rendement était réduit en raison des douleurs à la hanche des deux côtés. Une activité adaptée au handicap avec changement de position assise, debout et quelques pas, était exigible, quatre à cinq heures par jour pour débiter (augmentation progressive). On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 14 septembre 2015. 12. Dans un rapport du 25 septembre 2015 établi par le Dr G_____ et la Dresse I_____, le patient avait été revu quatre mois après l'arthroscopie de sa hanche droite. Il se plaignait toujours de douleurs aux hanches. Tant cliniquement que radiologiquement, ils ne voyaient pas de raison aux douleurs décrites par l'assuré, ni de contre-indication pour une réadaptation professionnelle et une reprise du travail. 13. Dans un rapport établi le 1^{er} février 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait souffert d'une maladie l'ayant empêché de travailler durant deux ans. Suite à une intervention chirurgicale, son état était en nette amélioration avec reprise à 100% dès le 1^{er} février 2016, dans une activité sans port de charges ni position debout de plus d'une heure. 14. Dans un rapport établi le 6 mars 2016, la doctoresse J_____, du service médical régional (ci-après SMR), a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail en raison de douleurs inguinales et que le Dr F_____ avait insisté, dans son expertise effectuée en février 2015, sur l'importance que l'assuré reprenne un travail. La Dresse J_____ a retenu que la capacité de travail exigible depuis janvier 2014 était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée avec une aptitude à la réadaptation débutant en janvier 2014. La douleur inguinale et la lombalgie influaient les limitations fonctionnelles, qui étaient : pas de port de charges de plus de 20 kg de façon répétitive, pas de montée ni descente d'escaliers et pas de travail en position debout prolongée. 15. Le 14 mars 2016, l'assuré a demandé à l'OAI une mesure d'orientation professionnelle. On lui avait proposé en octobre 2014 des mesures d'intervention précoce dans le domaine de la logistique mais il n'avait pas été recontacté à ce sujet. Comme il souffrait beaucoup, il n'avait pas relancé l'OAI. Après son opération de mai 2015 et quelques semaines de repos, il se sentait d'attaque pour poursuivre sa

réorientation. Actuellement, sa situation était stable. Il était au chômage, mais n'avait droit qu'à nonante jours d'indemnités et celles-ci se terminaient vers la fin du mois de mai. Sa santé ne lui permettait plus de travailler comme livreur, mais la logistique pourrait lui convenir. Il était très motivé et souhaitait commencer le plus vite possible. 16. Le 21 mars 2016, l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) a informé l'OAI que l'assuré avait eu droit à l'indemnité de chômage du 13 janvier 2016 au 12 janvier 2018. 17. L'OCE a informé l'OAI le 7 avril 2016 que l'assuré était en incapacité de travail totale du 22 mars 2016 au 30 avril 2016, selon les certificats établis par le Dr C_____. 18. Selon une note de premier entretien de réadaptation professionnelle, le conseiller en réadaptation avait reçu l'assuré le 25 avril 2016. Le stage chez Pro pour l'OCE avait dû être stoppé après 1,5 jours, car il était trop statique (travail de démontage assis). L'assuré devait passer une IRM ce jour à la hanche aux HUG. Un reclassement court comme gestionnaire de stock était proposé, avec en complément, le permis de cariste. Cette activité permettrait l'alternance de positions assise et debout, sans port de charges lourdes répété. 19. Selon un rapport établi le 9 mai 2016 par les docteurs K_____, chef de clinique, et M_____, médecin interne, ainsi que le Professeur L_____, médecin-chef de service, du service de chirurgie des HUG, l'assuré, à une année de son arthroscopie de hanche, présentait encore des douleurs quotidiennes, systématiques à la mobilisation, d'horaire mécanique et calmées au repos. Il était limité dans son activité de la vie de tous les jours avec un périmètre de marche de 5 minutes. Ses douleurs étaient le plus probablement en relation avec son arthrose de hanche. Pour cette dernière, ils tentaient une infiltration diagnostique de l'articulation coxo-fémorale. Une arthroplastie totale de hanche serait indiquée, mais, actuellement, vu l'âge du patient et sa symptomatologie, ce geste était prématuré. 20. Selon un rapport établi le 15 mai 2016 par les Drs K_____ et M_____ ainsi que le prof. L_____, il avait été expliqué au patient les tenants et aboutissants ainsi que les bénéfices d'une arthroplastie totale de la hanche, à savoir une amélioration nette des douleurs et de son autonomie, mais aussi que vu son jeune âge une intervention de reprise et de changement serait nécessaire à vingt ans. Le patient souhaitait réfléchir. 21. Le 1^{er} juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les coûts d'un reclassement comme gestionnaire de stock auprès de l'école Sight & Sound du 11 mai 2016 au 10 février 2017. Pendant la durée de la mesure, il toucherait des indemnités journalières. 22. Par décision du 14 juillet 2016, l'OAI a accordé à l'assuré l'indemnité journalière du 11 mai 2016 au 12 juillet 2017. 23. À teneur d'une attestation du 2 novembre 2016, l'assuré a suivi la formation de gestionnaire de stock du 17 mai 2016 au 28 octobre 2016 et a passé avec succès les examens. 24. Par décision du 29 novembre 2016, l'OAI a pris en charge la poursuite du reclassement de l'assuré, sous forme d'un stage pratique comme gestionnaire de stock auprès des N_____, du 1^{er} décembre 2016 au 31 mai 2017. 25. Le 30 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente du 31 octobre 2016, lendemain de la fin de sa formation chez Sight and Sound, au 30 novembre 2016, veille de son stage pratique aux N_____. 26. Par décision du 23 mai 2017, l'OAI a pris en charge les coûts de la prolongation du stage pratique de l'assuré auprès des N_____, du 1^{er} juin au 2 juillet 2017. 27. À teneur d'une note de travail établie par le responsable des ressources humaines des N_____, relative à un bilan du 10 mars 2017, l'assuré avait des douleurs à la hanche. La marche et la position accroupie avaient été sous-estimées. En revanche, les compétences sur Excel et la motivation de l'assuré étaient très bonnes. Il proposait de réduire la présence à 80% et éventuellement de prolonger le stage d'un mois, si cela allait mieux à la suite d'un bilan fin avril. 28. À teneur d'un rapport final de mesures

d'orientation professionnelle (MOP) au terme de son reclassement ayant combiné une formation théorique et un stage pratique, le service de réadaptation professionnelle considérait que l'assuré avait suffisamment été formé pour exercer une activité de gestionnaire de stock. Selon la comparaison de gains théoriques, il subsistait un degré d'invalidité de 8%. 29. Par projet de décision du 22 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait à celui-ci une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le mois de janvier 2014 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès le mois de janvier 2014. À l'issue de l'examen des mesures de réadaptation, l'assuré était formé dans une activité adaptée (gestionnaire de stock) à son état de santé et disposait des aptitudes et des ressources pour exercer cette activité. Son taux d'invalidité était de 8%, ce qui ne lui ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation. 30. À teneur d'un rapport établi le 28 août 2017 par les docteurs O _____, chef de clinique, et P _____, médecin interne, ainsi que le Prof. L _____, du service de chirurgie des HUG, l'assuré avait été revu ce jour-là en consultation. Il se plaignait de ne pas pouvoir travailler et de ne pas pouvoir s'occuper de ses enfants en raison de ses douleurs à la hanche droite, qui étaient devenues permanentes et qui résistaient aux traitements antalgiques habituels, lesquels lui occasionnaient du pyrosis. Malgré les douleurs qu'il présentait et leur incidence sur ses activités sociales, familiales et professionnelles, le patient n'était toujours pas en faveur d'une implantation de prothèse totale de hanche. Il lui avait été rappelé qu'au vu de l'état fonctionnel constaté le jour-même associé à l'aspect radiologique objectif, il devrait un jour ou l'autre passer par cette opération. Une telle chirurgie permettrait une amélioration quasiment immédiate de sa qualité de vie, qui continuerait à s'aggraver progressivement sans implantation d'une prothèse totale de la hanche droite. Malgré tout, l'assuré désirait encore attendre et réfléchir. 31. À teneur d'un rapport établi le 12 septembre 2017 par le Dr C _____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité. 32. Selon un avis médical du 12 décembre 2017, la Dresse J _____, du SMR, rappelait qu'il s'agissait d'un assuré en incapacité de travail depuis le 13 janvier 2014 et que selon l'expertise effectuée en février 2015 par la clinique Corela, l'assuré n'avait pas de pathologie incapacitante et que sa capacité de travail était entière dans toute activité. Selon la Dresse I _____, l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée à 100% avec un début à la réadaptation au 7 septembre 2015. Le problème de la hanche sous forme d'arthrose sur lésion labiale chez un patient qui bénéficiait d'une arthroscopie en 2015, sans soulagement, motivait la conclusion du SMR que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. L'assuré avait bénéficié, sur la base de cet avis, d'une reconversion en tant que gestionnaire de stock. Le rapport final MOP concluait que l'assuré était formé pour exercer une telle activité avec un degré d'invalidité de 8%. Sur cette base, l'OAI avait rejeté la demande de prestations dans un projet de décision. Dans le contexte de l'audition, le Dr C _____ avait produit le rapport de consultation en chirurgie du 28 août 2017, qui proposait à l'assuré l'implantation d'une prothèse totale de la hanche. Toutefois, celui-ci n'était pas encore prêt à réaliser cette opération en raison de la nécessité d'une reprise à vingt ou trente ans après l'implantation du matériel. Dans ce rapport de consultation, il n'était pas fait mention de signes d'aggravation. La proposition d'une prothèse de la hanche avait déjà été faite en juin 2016. Il n'y avait donc pas d'aggravation par rapport à la dernière décision. 33. Le 13 décembre 2017, l'OAI a considéré que les nouveaux éléments médicaux transmis par l'assuré suite à son projet de

décision ne lui permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. 34. Le 26 janvier 2018, l'assuré a formé recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de toutes prestations auxquelles il avait droit. Il était totalement incapable de travailler, ce que démontrait le fait qu'il n'avait pas réussi à terminer la mesure de reclassement pour des raisons médicales. 35. Par complément de recours du 19 avril 2018, l'assuré a contesté l'appréciation médicale du cas par l'intimé, relevant que celui-ci n'avait pas instruit le dossier. Il souffrait de douleurs persistantes à l'aine et à la hanche droite dont les causes auraient dû être investiguées. Tous les médecins l'ayant examiné s'accordaient sur le fait qu'il souffrait de douleurs très importantes et qu'il devait prendre un traitement médicamenteux conséquent. Une intervention chirurgicale n'était pas opportune, vu son jeune âge et la durée de vie d'une prothèse. Le SMR, qui s'était prononcé sur ses atteintes à la santé physique en quelques lignes, avait ignoré son dossier médical, n'avait pas expliqué pourquoi il s'écartait de l'avis de son médecin traitant et n'avait pas examiné ses limitations fonctionnelles. Il semblait retenir, sans le dire explicitement, qu'il majorait ses douleurs, alors qu'aucun médecin ne l'avait retenu. Il concluait de plus à une absence d'aggravation alors qu'il s'agissait d'une première demande. Cela démontrait qu'il n'avait pas du tout connaissance de l'état du dossier. Pour clarifier l'état de fait, la Cour devrait ordonner une expertise médicale judiciaire, tridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et en médecine interne). De plus, l'intimé retenait que la réadaptation avait été réussie, ce qui n'avait pas été le cas. Non seulement le taux de travail du recourant avait dû être diminué à 80%, mais il y avait eu un absentéisme de 27%. L'employeur avait bien confirmé qu'il était motivé et compétent et que son absentéisme était lié à des motifs médicaux uniquement. Dès lors, il était évident que l'activité de gestionnaire de stock n'était pas adaptée pour une activité à 100%. Les mesures de réadaptation devaient ainsi être poursuivies. Enfin, le calcul de l'invalidité de l'intimé était erroné. Il ne disposait pas d'une capacité de travail de 100% dans l'activité de gestionnaire de stock, ce qui avait été démontré par le stage aux N_____. Sa capacité de travail devrait être déterminée par une expertise médicale et l'activité adaptée retenue ainsi que le salaire statistique adaptés. De plus, le montant statistique retenu par l'OAI était absent des statistiques. Des informations à ce propos devaient être données par l'intimé. Le recourant a produit : - une attestation établie le 22 mars 2018 par le responsable des ressources humaines des N_____ attestant que l'assuré avait effectué un stage, via l'OAI, de gestionnaire en stock. Son activité avait été de 100% du 1^{er} décembre 2016 au 29 février 2017, puis de 80% du 1^{er} mars au 2 juillet 2017. Durant ce stage non rémunéré, l'assuré avait été absent 36 jours pour maladie. - un certificat médical établi le 3 avril 2018 par le Dr C_____ attestant que différentes thérapies avaient été entreprises par l'assuré depuis 2015 sans résultat. Le service d'orthopédie des HUG avait proposé un remplacement de la hanche comme ultime solution. Le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consulté par l'assuré, concluait à l'absence d'indication chirurgicale et le Dr G_____, qui avait opéré l'assuré en 2015, arrivait à la même conclusion. Dans ce contexte, l'assuré ne pouvait se résoudre à faire une intervention dont les bénéfices n'étaient pas certains. Le recourant souffrait de sa hanche depuis trois ans de façon continue, en dépit d'une compliance optimale. - un rapport établi le 19 janvier 2018 par la doctoresse R_____, médecin interne, et la doctoresse S_____, médecin adjoint, de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, dont il ressort qu'actuellement, les douleurs de l'assuré étaient évaluées à 6-7/10 lorsqu'il était assis, avec la sensation d'être assis sur un caillou, et qu'elles passaient à 7-8/10 à la station debout,

après deux à trois minutes. Le sommeil était mauvais du fait des douleurs. La patient prenait le traitement suivant : Ibuprofène, paracétamol, Tramadol en réserve, et Prégabaline depuis trois jours. Il prenait le moins possible le Tramadol de peur du développement d'une dépendance. Cependant, ce traitement le soulageait particulièrement. Prendre un à deux comprimés de 50 mg de Tramadol, selon le niveau de sa douleur, lui permettait de marcher 30 minutes sans douleur. La patient rapportait une certaine somnolence à son usage, surtout après 100 mg. Il souffrait également de migraines qui étaient devenues quotidiennes, sous-tendues par l'anxiété liée à son état somatique. Les propositions thérapeutiques pour soulager les douleurs, dans l'attente d'une chirurgie qui semblait inéluctable vu le niveau des douleurs et l'incapacité fonctionnelle, étaient, sur le plan médicamenteux, la prise de Tramadol à longue durée d'action, à raison de 100 mg matin et soir, qui pourrait abaisser le niveau douloureux et l'anticipation négative des efforts. Le risque de dépendance avait été abordé avec l'assuré. Il lui avait été expliqué qu'un accompagnement dans sa prise en charge, en définissant avec lui des objectifs d'efficacité réalistes au niveau de l'activité, du sommeil et de l'humeur permettrait de limiter ce risque et/ou de l'accompagner dans un sevrage futur. Si le Tramadol était efficace dans le soulagement des douleurs, l'introduction d'un antidépresseur de type SNRI n'était pas recommandé. Le patient avait été vu deux fois par le service, qui n'arriverait probablement pas à réduire suffisamment le niveau douloureux pour permettre une reprise de l'activité professionnelle et personnelle satisfaisante. Le retard à la prise en charge chirurgicale et la chronicité des douleurs étaient un risque de compromettre le bénéfice d'une prothèse de hanche. L'assuré était encouragé à revoir de façon très régulière le chirurgien orthopédiste pour discuter du projet chirurgical.

36. Le 8 mai 2018, l'OAI a relevé que le rapport d'expertise établi le 5 février 2015 par la clinique Corela ne faisait pas partie des rapports contestés dans le cadre de la procédure ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal administratif cantonal de Genève sanctionnant cette clinique d'un retrait de l'autorisation d'exploiter pour une durée de trois mois. En outre, il n'existait aucun indice permettant d'admettre l'existence de vices formels similaires à ceux reprochés à la clinique Corela dans la procédure administrative en question, en particulier que des modifications non autorisées auraient été apportées au rapport d'expertise à l'insu de l'expert. Le recourant ne mentionnait pas d'éléments objectifs concrets susceptibles de faire douter de la valeur probante de l'expertise de la clinique Corela. Quoiqu'il en soit, la décision litigieuse n'était pas fondée sur ce document, puisque sur le plan médical, il était apparu que l'atteinte à la santé déterminante était une atteinte à la hanche droite de l'assuré. Contrairement à ce que laissait entendre le Dr C_____, dans son certificat médical du 3 avril 2018, les médecins spécialistes avaient clairement fait savoir que la pose d'une prothèse de hanche était une solution incontournable pour soulager les douleurs du recourant. Quand bien même aucune expertise récente n'avait été réalisée, il n'en demeurait pas moins que le dossier avait été instruit de manière exhaustive sur le plan médical. Le SMR avait constaté en décembre 2017 que la situation médicale n'avait pas évolué depuis son avis de 2016, que les limitations fonctionnelles étaient demeurées identiques et qu'elles n'interdisaient pas l'exercice d'une activité légère sans port de charges ou de montées/descentes d'escaliers ou en station debout prolongée. Le recourant ne démontrait pas que la situation médicale se serait détériorée postérieurement. Pour ces motifs, l'intimé persistait à conclure au rejet du recours.

37. Lors d'une audience du 17 octobre 2018 : a. Le recourant a déclaré qu'il n'était pas en état de travailler pour le moment. Il s'était senti mieux pendant deux ou trois mois après l'opération de 2015, mais avait ensuite de nouveau eu mal et n'avait plus pu travailler. Il avait pu suivre une formation qui avait duré six mois,

deux ou trois heures par jour, car il pouvait se lever ou s'asseoir selon les besoins. Il avait ensuite fait un stage de six mois, d'abord à 100%, puis à 80%. Il avait pris beaucoup de médicaments pour essayer de finir le stage. Même à 80%, il avait été souvent absent en raison de ses douleurs. Il avait toutefois réussi à finir le stage, sauf la dernière semaine. Pendant le stage, il avait constaté qu'il ne pourrait pas assumer cette activité. En raison des médicaments qu'il prenait pour ses douleurs, il avait des vertiges et des nausées et il devait s'allonger par moments. Il ne faisait rien de ses journées à l'heure actuelle. Il avait tout le temps mal, mais moins mal que s'il devait sortir et bouger. Il prenait des médicaments quand il restait à la maison, une fois par jour. Il en prenait moins que s'il devait sortir, ce qu'il faisait parfois avec ses enfants pour aller au parc ou les voir jouer au football. À la maison, il ne s'occupait pas du ménage, ni de faire à manger. Sa femme avait travaillé à temps partiel jusqu'au début du mois d'octobre, et travaillait dorénavant à 100%. Il n'avait pas changé ses habitudes depuis lors. Ses enfants se débrouillaient. Ils étaient âgés de 17, 13 et 7 ans. Pour occuper ses journées, le recourant regardait la télévision, parlait parfois avec des amis au téléphone et sortait fumer sur le balcon. Pendant une période, c'était très dur moralement, ce d'autant plus qu'ils avaient des problèmes financiers, mais maintenant cela allait mieux.

b. Le recourant a produit un rapport, établi par la consultation de la douleur des HUG le 29 mars 2018, indiquant que suite à la prescription de Tramadol à libération prolongée, les bénéfices étaient importants. Le patient arrivait à dormir une nuit complète sans douleur et marchait jusqu'à 45 minutes sans douleur contre cinq minutes auparavant. Ce bénéfice était supérieur à celui du Tramadol 50 mg que le patient prenait une à deux fois par jour et qui réduisait la douleur, sans lui permettre d'augmenter le périmètre de marche. La tolérance était toutefois moyenne avec des vertiges, des nausées et de la fatigue. L'assuré ne se voyait pas travailler pour le moment du fait de l'asthénie. Son épouse allait faire une formation pour leur permettre d'être plus confortables financièrement. L'assuré avait toujours du mal à envisager une chirurgie. Il lui avait été proposé de discuter d'une physiothérapie spécifique des tendinopathies avec son physiothérapeute.

38. Le 7 novembre 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport établi par le Dr Q_____ le 16 juin 2016, concluant, après un examen clinique, qu'une arthroplastie totale était prématurée, mais sans solution pour supprimer les douleurs. Le patient semblait étonnamment hyperalgique.

39. Le 7 janvier 2019, le recourant a fait valoir que le Dr G_____ s'opposait au remplacement prothétique de la hanche et qu'il pensait que ses douleurs étaient liées à une tendinopathie chronique. Il ressortait d'une nouvelle IRM demandée par les HUG que ses douleurs étaient bien objectivées. Son traitement à la consultation ambulatoire de la douleur avait dû être adapté, car il ne tolérait plus le Tramadol à libération prolongée, en raison de vertiges, qui le forçaient à se coucher la plupart du temps. Il avait repris le Tramadol d'action rapide, mais ce médicament ne lui permettait pas d'avoir des activités. En sus des coxalgies, une douleur dans le pli inguinal droit était réapparue. Sur le plan psychique, il présentait un mal-être grandissant. Il allait consulter un psychiatre auprès de la consultation ambulatoire de la douleur. Une instruction médicale complète était nécessaire par le biais d'une expertise médicale orthopédique, rhumatologique et en médecine interne. À l'appui de son écriture, le recourant a produit :

- un rapport établi le 29 septembre 2016, dans lequel le Dr G_____ indiquait avoir revu le patient qu'il avait opéré en mai 2015 d'une arthroscopie de sa hanche droite. Les douleurs devenant de plus en plus invalidantes, les médecins des HUG lui avaient proposé un remplacement prothétique de la hanche. Au vu de ses constatations et du contrôle radiologique du 16 juin 2016, qui ne montrait pas de signe d'arthrose franche, il pensait que

le patient souffrait plutôt d'une tendinopathie de ses fessiers. Il souhaitait refaire une IRM pour contrôler la suture du labrum et l'état de la musculature fessière. En cas de problème de tendinopathie, celui-ci serait traité par des infiltrations et de la physiothérapie spécifique.

- un rapport établi le 25 octobre 2016 par le Dr G _____, qui indiquait que le résultat de l'IRM confirmait une tendinopathie insertionnelle de la portion latérale du moyen fessier, sans autre découverte pathologique. Il faisait dès lors au patient un bon pour deux infiltrations PRP. - un rapport établi le 19 janvier 2017 par le Dr G _____ indiquant que les injections de PRP n'avaient pas donné de bons résultats avec la tendinopathie des fessiers du patient. Celui-ci lui avait en revanche fait part d'un traitement de physiothérapie, qui comprenait des ondes de choc sur le grand trochanter. Cette modalité de traitement était incompatible avec un traitement biologique comme le PRP. Le physiothérapeute avait suivi un protocole qui n'était pas adapté au genre de pathologie. Il avait été suggéré au patient de changer de physiothérapeute. - un rapport établi le 23 mars 2017, dans lequel le Dr G _____ indiquait que malgré la physiothérapie spécifique et l'acupuncture, le patient se plaignait de douleurs tout autour de la hanche, à la fesse droite en position assise et d'une fatigabilité rapide. Le médecin n'avait malheureusement pas d'explication claire à ces douleurs. Certes l'IRM montrait des signes de tendinopathie chronique, mais le labrum et le cartilage étaient d'une bonne qualité. L'ostéoplastie effectuée avait permis une bonne correction de la bosse. Du côté orthopédique, le médecin n'avait pas d'explication à la tendinopathie récurrente autour de la hanche. On arrivait à un stade de management de la douleur chronique qui nécessitait un avis spécialisé. Il proposait donc d'adresser le patient à la consultation des douleurs des HUG pour essayer de trouver une méthode d'antalgie efficace afin qu'il puisse reprendre une activité professionnelle et journalière. - un rapport établi le 7 novembre 2018 par les docteurs T _____ et U _____ ainsi que le prof. L _____, du service de chirurgie orthopédique des HUG, dans lequel ceux-ci indiquaient avoir revu le patient le 5 novembre 2018. Au vu des douleurs qu'il présentait, sans signe radiologique franc, il était proposé de répéter l'IRM, à la recherche d'une nouvelle lésion labrale, de lésions cartilagineuses ainsi que d'une hernie inguinale ou fémorale pouvant expliquer les douleurs. - Les docteurs V _____ et W _____, du service de radiologie des HUG, ont conclu, à la suite d'une IRM de la hanche de l'assuré du 14 novembre 2018 à un amincissement et une anomalie de signal du cartilage fémoral au niveau antéro-supéro-latéral droit, sans anomalie de signal de l'os sous-chondral, et un aspect remanié du labrum supéro-latéral en rapport avec les remaniements postopératoires, sans autre anomalie significative. - Selon un rapport établi le 22 novembre 2018 par les Drs T _____ et U _____ ainsi que le prof. L _____, les résultats de l'IRM indiquaient que le patient ne présentait pas de nouvelle lésion du labrum, ni d'arthrose significative. Suite à la description des douleurs ressenties, il lui avait été proposé d'effectuer une nouvelle infiltration d'anesthésiques locaux et corticoïdes au niveau de l'articulation coxale à visée diagnostique éventuellement thérapeutique suivie d'un traitement de physiothérapie. - Selon un rapport établi le 22 octobre 2018 par la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, le patient présentait toujours les mêmes coxalgies. Il avait connu de courtes périodes d'amélioration au cours de l'été, à la faveur d'un temps chaud et sec. Il ne tolérait plus le Tramadol à libération prolongée. Il avait repris le Tramadol d'action rapide 50 mg qui était bénéfique, surtout lorsqu'il l'associait à un bain chaud, des massages et/ou une période de repos de deux heures. Les douleurs restaient toujours au maximum d'intensité après une heure d'activité. Toutefois, le patient ne prenait son traitement de Tramadol qu'après l'activité, car sinon celle-ci était jugée impossible. Le

patient avait réalisé neuf séances de physiothérapie qu'il n'avait pas poursuivie, au vu d'un bénéfice limité. En vue des coxalgies, le patient avait indiqué que l'ancienne douleur dans le pli inguinal droit était réapparue depuis un mois et demi. Il mettait ses douleurs sur le compte du changement de temps. Sur le plan psychique, il évoquait un mal-être grandissant. Il souhaitait trouver une solution antalgique efficace. Le sommeil restait préservé. Du point de vue médicamenteux, l'assuré prenait du Relpax pour ses migraines. Du point de vue physique, une nouvelle consultation auprès des orthopédistes des HUG lui était proposée pour évaluer la réapparition des douleurs inguinales à droite. Il n'avait pas été revu depuis août 2017. Par ailleurs, il pourrait bénéficier de physiothérapie en piscine médicalisée. Du point de vue psychiatrique, le patient était d'accord pour un suivi auprès du psychiatre du centre. 40. Le 31 janvier 2019, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport établi par le Dr T_____, du service de chirurgie des HUG, indiquant qu'il n'était pas garanti que l'implantation d'une prothèse totale de la hanche pourrait éliminer toutes les douleurs du recourant. Les risques liés à l'implantation d'une prothèse totale de hanche les plus fréquents étaient l'instabilité prothétique avec luxation, l'infection de prothèse, la fracture péri-prothétique, l'inégalité de longueur des membres inférieurs et le descellement prothétique. Ce dernier point concernait particulièrement le recourant puisqu'en raison de son jeune âge, la probabilité de nécessiter un changement de prothèse était pratiquement garantie, la durée de vie des prothèses étant de vingt à vingt-cinq ans. Les risques et conséquences lors d'un remplacement de prothèse étaient les mêmes que ceux suivant une première implantation avec toutefois un pourcentage de risques plus élevé de luxation et d'infection. Le Dr T_____ ne recommandait pas à l'assuré de faire cette opération dans l'immédiat. Les derniers bilans radiologiques ne montraient pratiquement pas de signes de coxarthrose ni de lésion labrale et le recourant avait récemment bénéficié d'une infiltration intra-articulaire de corticoïdes ainsi que d'un programme dédié de physiothérapie qui avaient nettement amélioré sa symptomatologie. 41. 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. 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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et des mesures de réadaptation. 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 1er janvier 2008). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 9. 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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise

médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 oeuvre 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation

professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 11. En l'espèce, l'intimé a fondé son projet de décision de refus de prestations sur un avis du SMR du 12 décembre 2017, confirmant son avis du 6 mars 2016. Le SMR s'était fondé,

dans son premier avis du 6 mars 2016, sur l'expertise réalisée par le Dr F_____, de la clinique Corela, pour retenir une incapacité totale de travailler de l'assuré dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2014. Dans la mesure où la force probante des expertises réalisées par les médecins de la clinique Corela est de manière générale discutable, cette expertise ne peut se voir reconnaître pleine force probante (ATF 144 V 258). Par ailleurs, la conclusion du Dr F_____ quant au début de l'exigibilité d'une activité adaptée est contredite par la Dresse I_____, qui a indiqué, dans un rapport du 7 septembre 2015, que la capacité de travail du recourant était de 100% dans une activité adaptée, avec reprise progressive, soit après une période de travail à 50%, dès le 14 septembre 2015. Il en résulte qu'entre janvier 2014 et septembre 2015, le recourant paraît avoir été totalement incapable de travailler, de sorte que cela pourrait lui ouvrir un droit à une rente d'invalidité dès janvier 2015, étant rappelé que le recourant a demandé les prestations de l'assurance-invalidité en juillet 2014. Pour ce premier motif, la décision querellée apparaît infondée. b. Il faut encore relever que suite au projet de décision de l'intimé du 22 août 2017, le recourant a produit un rapport médical du Dr C_____ du 12 septembre 2017 indiquant qu'il était incapable de travailler à 100%. Il a également produit un rapport établi par le service de chirurgie des HUG le 28 août 2017, dont il ressort que sa qualité de vie continuerait à s'aggraver progressivement sans implantation d'une prothèse totale de la hanche droite. Contrairement à ce qu'a retenu le SMR, dans son avis du 12 décembre 2017, le fait que la proposition d'une prothèse de la hanche avait déjà été faite à l'assuré en juin 2016 ne suffisait pas à considérer qu'il n'y avait d'aggravation par rapport à sa première appréciation de la situation, car les douleurs ayant une même origine peuvent devenir de plus en plus invalidantes. C'est ce qu'a relevé Dr G_____ dans son rapport du 29 septembre 2016. Enfin, l'intimé a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans discuter, ni instruire davantage le fait que l'assuré avait dû terminer son stage de formation à 80%, en raison de ses douleurs. Au vu des avis médicaux précités contradictoires et du fait qu'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le projet de décision était possible, l'intimé ne pouvait confirmer celui-ci, mais aurait dû procéder à une instruction complémentaire. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 13 décembre 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour compléter le dossier avec un rapport détaillé sur le déroulement du stage pratique que le recourant a effectué aux N_____ et mettre en oeuvre une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste indépendant pour déterminer l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis janvier 2014 et nouvelle décision. 13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFP - E 5 10.03]). 14. Un émoluments de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.