

GE_GERICHTE A/3749/2014 vom 18. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3749_2014

FR: GE_GERICHTE A/3749/2014 du 18 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/3749/2014 del 18 agosto 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES 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), ressortissant portugais né en mars 1971, sans formation professionnelle certifiée, marié et père de deux enfants mineurs, est arrivé en 2011 en Suisse, où il a été engagé en septembre de la même année par l'entreprise B_____ SA, en qualité de manœuvre. Le 14 décembre 2011, l'assuré s'est déboîté le genou gauche en chutant d'un camion sur un chantier. Les suites de cet accident professionnel ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA). Le 17 janvier 2012, le docteur C_____, chirurgien orthopédiste, a fait état d'une luxation antéro interne du genou gauche et d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe. Il a attesté d'un arrêt de travail ayant débuté le 14 décembre 2011, renouvelé à diverses reprises. Le 28 décembre 2011, l'assuré a subi une première intervention chirurgicale (reconstruction du point d'angle postéro-externe et de neurolyse du nerf sciatique poplité externe), pratiquée par les docteurs D_____ et E_____, du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Le 8 mars 2012, il a fait l'objet d'une seconde opération (plastie du ligament croisé antérieur par allogreffe du tendon rotulien et plastie du ligament croisé postérieur par tiers central du tendon autologue homolatéral). Le 7 juin 2012, B_____ SA a indiqué à l'OAI qu'en bonne santé, l'assuré aurait réalisé en 2012 un salaire annuel de CHF 65'871.-. Dans un rapport du 8 juin 2012, le docteur F_____ a confirmé les diagnostics de luxation du genou gauche, rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur, déchirure du ligament arqué et du ménisque externe et élongation du nerf poplité externe. L'évolution était favorable et la reprise du travail envisagée pour fin décembre 2012. Le 28 juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Le 5 octobre 2012, la SUVA a transmis son dossier à l'OAI. Le 16 octobre 2012, il a déclaré à un collaborateur de la SUVA que l'état de son genou gauche s'était amélioré mais que des douleurs persistaient à la mobilisation et parfois la nuit. L'assuré ayant manifesté le souhait de reprendre son activité professionnelle, une reprise du travail à titre thérapeutique a été convenue dès la fin du mois. Le 23 octobre 2012, le docteur G_____, médecin auprès des HUG, a indiqué que l'assuré ne souffrait désormais plus ni de douleurs, ni de sensation d'instabilité ; le dernier contrôle radiologique était satisfaisant. Le 7 décembre 2012, l'assuré a signalé à la SUVA que ses douleurs du genou étaient devenues

insupportables, nonobstant le fait que son employeur lui avait confié des travaux légers. Son genou gauche était enflé et parfois instable. Une nouvelle intervention était prévue pour avril 2013.!

13. Dans un rapport succinct du 14 janvier 2013, le docteur H_____, médecin auprès des HUG, a préconisé un changement de profession.!

14. Le 22 janvier 2013, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français dès le 3 février 2013, mesure qui a été interrompue prématurément après sept jours, afin que l'assuré puisse bénéficier d'un séjour de réadaptation mis sur pied par la SUVA.!

15. Dans un rapport radiographique du 28 janvier 2013, le docteur I_____, de l'institut de radiologie de La Colline, a conclu à un « aspect satisfaisant des pièces osseuses dans un status post luxation et lésion capsulo-ligamentaire opérée ».!

16. L'assuré a été examiné le 7 février 2013 par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. !

Ce médecin a constaté une amyotrophie résiduelle importante de la cuisse, une hypoesthésie et quelques signes irritatifs fémoro-patellaires du genou gauche, dont il a toutefois constaté qu'il avait recouvré une mobilité quasi complète. Les radiographies témoignaient d'une petite ossification se projetant en regard du bord externe du fémur distal et en arrière de l'interligne fémoro-tibial. L'évolution était favorable, avec une très bonne récupération motrice du nerf sciatique poplité externe. Sur le plan médical, la situation était proche d'un degré de stabilisation suffisant pour mettre en route un reclassement professionnel, sans préjuger des nouvelles mesures chirurgicales que pourraient nécessiter l'évolution à moyen ou long terme. Le médecin a annoncé l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour une réadaptation fonctionnelle et pour circonscrire des mesures de reclassement professionnel. Il a également suggéré de préparer, en accord avec l'OAI, un deuxième séjour axé sur la réadaptation professionnelle. Le médecin a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'ancienne activité de manœuvre mais de 100%, selon toute vraisemblance, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de marche de longue distance ou sur terrain irrégulier. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), il proposait de la fixer à 12,5%, en tenant compte, d'une part, de l'évolution prévisible de l'atteinte ostéo-articulaire - qui justifiait un taux de 10% octroyé en cas d'arthrose fémoro-tibiale moyennement grave selon les barèmes d'indemnisation légaux -, d'autre part, d'un taux de 2,5% pour l'atteinte sensitive séquellaire à la lésion du SPE (sciatique poplité externe).

17. L'assuré a séjourné à la CRR du 19 février au 13 mars 2013. !

Dans leur rapport du 28 mars 2013, les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et L_____, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic principal de douleurs et limitations fonctionnelles du genou gauche, et les diagnostics supplémentaires suivants : luxation traumatique du genou gauche avec rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur (LCA, LCP), du point d'angle postéro-externe et lésion du SPE, reconstruction du point d'angle postéro-externe, plastie des LCA, LCP et neurolyse du SPE et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Durant son séjour, l'assuré a également fait l'objet d'un consilium psychiatrique par la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, laquelle a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le médecin a constaté l'existence d'un sentiment d'abattement, de découragement, d'irritabilité, une forte fatigue, un sommeil perturbé par les douleurs et une diminution de l'appétit ayant entraîné une perte pondérale alléguée de 7 kg. En revanche, l'assuré ne faisait état ni d'idées suicidaires, ni de troubles attentionnels, ni de perte de l'intérêt et du plaisir. Son discours était centré sur ses douleurs, ses limitations et un

sentiment d'injustice. En conclusion, l'évaluation démontrait une réaction dépressive prolongée chez un assuré dont les ressources adaptatives semblaient épuisées. Sa psychopathologie restait toutefois sans répercussion sur la capacité de travail et tributaire de l'évolution globale. Sur le plan somatique, le genou gauche, dont le périmètre excédait d'un centimètre celui du genou droit, paraissait légèrement tuméfié. L'assuré ne boitait pas mais se plaignait de douleurs antérieures et postérieures, dont il évaluait l'intensité à 7/10 et qui étaient exacerbées par l'activité, notamment les montées d'escaliers. Sa capacité de travail pouvait être considérée comme nulle dans l'ancienne activité de manœuvre. Dans une activité adaptée, le pronostic de réinsertion était défavorable en raison de facteurs ne relevant pas du champ médical : l'assuré, focalisé sur ses douleurs et son espoir de récupération, maîtrisait mal le français et ne bénéficiait que d'un réseau social limité, de plus, sa situation financière était précaire. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient : les positions agenouillée ou accroupie, la station debout prolongée, le port répété de charges supérieures à 10 kg ; la station debout et la marche sur sol plat étaient limitées à 30 minutes environ. Ces limitations subsisteraient après l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse envisagée par le chirurgien, de sorte que la situation pouvait être considérée comme stabilisée sous l'angle médical. 18. L'assuré a également fait l'objet d'une évaluation dans les ateliers professionnels de la CRR, à l'issue de laquelle le service de réadaptation professionnelle a confirmé, le 13 mars 2013, qu'une reprise de l'ancienne activité de maçon paraissait irréaliste au vu des limitations constatées en atelier ; en revanche, l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (n'impliquant ni position statique agenouillée ou accroupie, ni port répétitif de charges supérieures à 10 kg) était exigible. Ont été mentionnés comme éléments pénalisant l'intégration professionnelle : les tests de posture, inférieurs à la norme, la boiterie exacerbée par la descente d'escaliers et l'obligation d'alterner les positions toutes les 30 minutes. Les capacités d'intégration socio-professionnelles de l'assuré ont été qualifiées de faibles, vu sa mauvaise maîtrise de la langue française. 19. Dans un rapport complémentaire du 15 avril 2013, le Dr J_____ a considéré qu'à teneur du rapport de la CRR, l'évolution du genou gauche était stabilisée et que la réinsertion professionnelle pouvait être compromise par des facteurs « non organiques ». Il a confirmé des limitations énumérées. 20. Le 15 avril 2013, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale (ablation partielle d'une vis utilisée pour la plastie du LCP qui avait glissé et faisait protrusion sur l'extrémité du tunnel tibial). 21. L'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoces sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), débuté le 3 juin 2013. À l'issue dudit stage, les EPI ont conclu, le 1^{er} juillet 2013, qu'ils ne pouvaient pas proposer de cible professionnelle crédible dans la mesure où l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé : l'assuré manifestait de nombreux signes d'inconfort, devait fréquemment interrompre son travail pour changer de position et ne bénéficiait que de faibles qualifications scolaires et connaissances de la langue française ; il paraissait très préoccupé par ses problèmes de santé et un manque de récupération après sa dernière opération chirurgicale ; à l'issue du stage, il avait d'ailleurs sollicité des investigations médicales supplémentaires. En définitive, les EPI suggéraient, préalablement à toute autre démarche professionnelle, la mise en œuvre d'un cours de français oral et d'une aide au placement « très appuyée » dans une activité de conditionnement ou de manutention. 22. Le docteur N_____, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final le 7 avril 2014. Le médecin a constaté une boiterie et l'impossibilité pour l'assuré de

s'accroupir ou de marcher sur la pointe des pieds ou sur les talons. Le genou était sec mais douloureux à la palpation. Sur le plan ligamentaire, il n'y avait pas de tiroir antérieur ou postérieur, mais une hyperlaxité externe plus nette que sur le genou droit. L'évolution après rééducation n'était pas optimale, car l'assuré se plaignait toujours de douleurs, aggravées par la marche ou les escaliers, et d'une limitation de la station assise à trente minutes. Cependant, son état de santé était stable et s'il n'était plus capable de travailler comme maçon, il pouvait en revanche exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10kg, la position agenouillée et les montées répétées d'escaliers. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, le médecin se ralliait à celui de 12,5% proposé en 2013. 23. Le 15 juillet 2014, le Service médical régional de l'AI (SMR) a émis l'avis que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il était capable, depuis le 12 octobre 2012, d'exercer toute activité adaptée à plein temps, moyennant le respect des limitations retenues par la CRR. 24. Le 25 juillet 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il entendait lui refuser toute prestation. 25. Par courrier du 3 septembre 2014, l'assuré s'y est opposé, arguant que ses douleurs au genou gauche l'empêchaient de reprendre le travail et qu'à terme, il souhaitait pouvoir bénéficier d'un reclassement. 26. Le 9 septembre 2014, l'OAI a accordé à l'assuré un délai pour produire des pièces médicales complémentaires étayant sa position. 27. Par décision formelle du 4 novembre 2014, reçue par l'assuré le 6 novembre 2014, l'OAI a nié son droit à toute prestation. Faisant siennes les conclusions du SMR, l'OAI a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle de maçon mais a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée le 12 octobre 2012. Le degré d'invalidité, estimé à 15% (65'871 – 55'995 / 65'871), était insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou à une mesure de reclassement. Des mesures d'orientation professionnelle et d'aide au placement ne se justifiaient pas davantage, car un nombre significatif d'activités étaient adaptées aux limitations et l'atteinte n'entravait pas l'assuré dans ses recherches d'emploi, de sorte que son cas relevait de l'assurance-chômage. Malgré plusieurs demandes de prolongations de délai, l'assuré n'avait pas transmis de nouvelles pièces médicales à l'appui de son opposition. 28. Par décision du 19 novembre 2014, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12.5% et à une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 2014, fondée sur une perte de gain de 14%. 29. Par acte du 5 décembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au moins, subsidiairement au renvoi du dossier à l'administration afin que celle-ci mette en œuvre une aide au placement. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir nié à tort son droit à une aide au placement. À l'appui de sa thèse, il explique que s'il ne parvient pas à trouver du travail, ce n'est pas en raison de ses difficultés linguistiques mais de ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, marche limitée à trente minutes et exclusion des escaliers) et de ses douleurs. Il estime que le rapport des EPI démontre que la mesure en question lui est nécessaire. S'agissant des cours de français qui lui ont été accordés par l'AI, il allègue qu'il aurait souhaité les suivre et rappelle que s'il n'a pu y participer, c'est en raison d'une intervention chirurgicale. A l'appui de sa position, le recourant produit un rapport rédigé le 2 décembre 2014 par le docteur D_____, chirurgien. Ce médecin indiquait que l'évolution, trois ans après la luxation du genou et l'atteinte du nerf SPE, était mitigée ; si l'assuré avait entièrement récupéré la motricité du nerf SPE et ne présentait pas de symptômes d'instabilité, il souffrait

toujours de douleurs des versants antérieur et postérieur du genou gauche. Une lésion structurelle n'avait pu être identifiée, mais les douleurs pouvaient résulter d'une insuffisance persistante du LCP ou, plus vraisemblablement, d'une origine neuropathique. Pour le reste, le médecin disait se rallier aux limitations fonctionnelles retenues par ses confrères de la CRR ; lui aussi qualifiait les capacités de réinsertion de son patient de faibles, en raison de son manque de formation, de ses connaissances linguistiques déficientes et des douleurs. Il appuyait néanmoins la demande de réorientation professionnelle de l'assuré, qui lui paraissait très volontaire. 30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 janvier 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que le recourant est pleinement capable d'exercer toute activité adaptée, comme en témoigne le rapport probant de la CRR de 2013, dont les conclusions sont largement partagées par le Dr D _____, médecin-traitant. Les réserves exprimées par ce praticien quant à une reprise d'activité sortent du champ médical car ayant trait à des difficultés linguistiques et à un défaut de formation. S'agissant de l'aide au placement, l'intimé estime que l'assuré n'en remplit pas les conditions, puisque ses limitations ne l'entravent pas dans ses recherches d'emploi et qu'il ne lui paraît pas subjectivement apte à en bénéficier. Les rapports de la CRR et des EPI notent en effet qu'il est centré sur ses douleurs et ne semble pas dans une dynamique de réadaptation. 31. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 5 mars 2015. Le recourant a expliqué que, désireux de se réinsérer sur le marché du travail, il a recommencé à travailler à 40% comme superviseur de chantier, activité toutefois rendue difficile par ses limitations fonctionnelles, qui supposent une alternance des positions toutes les demi-heures. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. Selon lui, l'examen de la CRR - intervenu une semaine après l'une de ses opérations - était prématuré. Il a rappelé qu'au total, il a subi quatre interventions, la dernière le 25 avril 2013. Le recourant a demandé à bénéficier d'une aide pour retrouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations. 32. Par écriture complémentaire du 13 avril 2015, le recourant a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire et dans ses conclusions principale et subsidiaire tendant respectivement à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité et d'une aide au placement. Le recourant conteste derechef la pleine capacité de travail retenue par l'intimé dans une activité adaptée, arguant que l'examen de la CRR était prématuré au vu des opérations subies jusqu'en avril 2013. Il considère l'activité de contrôleur de chantier à 40% comme adaptée et souligne que, malgré tout, de fortes douleurs l'empêchent de travailler certains jours. Par ailleurs, le recourant conteste le revenu d'invalidé de CHF 55'995.- retenu, dont il estime qu'il se fonde à tort sur une pleine capacité de travail et qu'il aurait dû être réduit de 25% au vu de ses limitations fonctionnelles et de ses limitations « non médicales ». 33. Par écriture du 11 mai 2015, l'intimé a également persisté dans ses conclusions en rejet du recours. L'intimé fait valoir que le fait que la reprise d'une activité de contrôleur de chantier ait échoué ne suffit pas à mettre en doute l'exigibilité retenue de 100% dans une activité adaptée, car l'activité pour laquelle a opté le recourant n'était pas adaptée dans la mesure où elle impliquait de longues stations debout. La situation médicale étant élucidée, une expertise lui paraît superflue. Quant à la réduction supplémentaire appliquée au revenu d'invalidé, l'intimé indique l'avoir fixée à 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Une réduction plus importante ne se justifie pas dans la mesure où l'assuré est jeune, titulaire d'une autorisation de séjour et capable d'exercer une activité adaptée à plein temps. 34. Dans le cadre de la procédure parallèle opposant l'assuré à la SUVA, la doctoresse O _____ a adressé un rapport à la Cour le 26 novembre

2015. Elle y indique suivre l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2013. Lors de la première consultation de contrôle du 24 janvier 2014, l'intéressé se plaignait de douleurs diffuses du genou gauche mais, d'un point de vue clinique, son genou était sec et sa mobilité complète. Il y avait une laxité postérieure et une importante amyotrophie musculaire, mais pas de laxité antérieure. Depuis lors, l'assuré avait recommencé à travailler à 40%, mais le status clinique de son genou n'avait pas évolué. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de contrôle effectuée en juillet 2015 avait montré un œdème osseux, une arthrofibrose sur la plastie du LCP et une rupture partielle de la plastie du LCA, constatations radiologiques qui n'avaient toutefois pas de répercussions cliniques. L'état de santé de l'assuré était stable mais susceptible d'être amélioré par un renforcement musculaire. À son sens, l'invalidité était de 50% en raison des douleurs persistantes du genou ; l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité non astreignante physiquement (p. ex. travail de bureau), mais pas celle de contrôleur de chantier.

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

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).

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

mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 7. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). e. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation.

L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). f. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. 8. a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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

b. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a. Dans le cas présent, il convient en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Se fondant sur le rapport de

la CRR et l'avis de son service médical, l'intimé la considère comme entière dès octobre 2012 dans toute activité adaptée aux limitations. Préalablement, on rappellera que l'intimé a obtenu la production du dossier de l'assurance-accidents, duquel il ressort que cette assurance a aussi retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ceci sur la base du rapport de la CRR et de ses médecins d'arrondissements, les Drs J_____ et N_____. b. La Chambre de céans constate que les rapports des Drs J_____ et N_____ ont été établis en pleine connaissance du dossier, qu'ils relatent les plaintes de l'assuré et reposent sur des examens cliniques complets. Leurs conclusions attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée (permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée, les positions agenouillées ou accroupies, ainsi que les montées répétées d'escaliers) sont claires, motivées et exemptes de contradictions. Ces rapports répondent donc aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. c. Le rapport de la CRR se fonde également sur des examens orthopédiques et psychiatriques complets, tient compte des plaintes et ses conclusions sont motivées. Sous l'angle psychiatrique, il fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée jugé sans incidence sur la capacité de travail, ce qu'aucun rapport ne permet de remettre en question, étant précisé que l'assuré n'a pas jugé nécessaire de consulter un psychiatre. Sur le plan somatique, il énumère diverses limitations fonctionnelles, qui coïncident avec celles retenues par les médecins d'arrondissement. Globalement, les médecins de la CRR jugent faible le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, mais précisent que ce pronostic résulte de facteurs extra-médicaux, notamment de connaissances linguistiques déficientes et de la situation socio-économique de l'assuré. C'est le lieu de rappeler que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre de la diminution de la capacité de gain due à des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé, notamment de difficultés linguistiques et d'un manque de formation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Quant à l'observation professionnelle de la CRR, elle tend à corroborer les conclusions des médecins d'arrondissement puisqu'elle conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, le rapport de la CRR ne met pas en doute la pleine exigibilité médicale retenue par l'intimé. d. Les rapports établis par les médecins du recourant ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. Celui du Dr D_____ rejoint les conclusions de la CRR quant aux limitations fonctionnelles et au mauvais pronostic de réinsertion, qui résulte à son sens d'un manque de formation, de faibles connaissances linguistiques et des douleurs, soit essentiellement de facteurs étrangers à l'atteinte à la santé. Cela étant, il ne conteste pas qu'une pleine capacité de travail puisse être exigée de son patient sur le plan médical, moyennant le respect des limitations énumérées par les médecins d'arrondissement et la CRR. Quant à la Dresse O_____, ses conclusions coïncident en tous points avec celles des médecins d'arrondissement, puisqu'elle expose que la mobilité du genou gauche est complète, que l'état de santé est stabilisé et que l'assuré peut exercer à plein temps une profession physiquement peu astreignante. e. S'agissant du rapport établi à l'issue du stage d'observation professionnelle de l'AI, ses constatations divergent certes de celles des médecins d'arrondissements et de la Dresse O_____ dans la mesure où il relate que l'état de santé n'est pas stabilisé et que la résistance de l'assuré semble insuffisante pour une activité à plein-temps. Cette divergence n'est toutefois pas propre à remettre en cause l'avis concordant des médecins, conformément au principe jurisprudentiel selon lequel les données médicales - lesquelles permettent généralement une appréciation objective du cas - l'emportent sur les constatations 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1 ; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4). f. Quant à la date à laquelle l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, évaluée par le SMR au 12 octobre 2012, le recourant semble la contester en arguant avoir subi une dernière intervention chirurgicale en avril 2013. Son argument n'est toutefois pas décisif, car il résulte du rapport de la CRR que l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse est sans incidence sur les limitations fonctionnelles. Il résulte au demeurant du rapport du Dr G_____ qu'en octobre 2012, l'assuré ne présentait plus de douleurs et que son dernier contrôle radiologique était satisfaisant. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la date fixée par le SMR. g. Au vu de ce qui précède, il sera retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, depuis octobre 2012, l'assuré est médicalement capable d'exercer à 100% une activité légère respectant les limitations retenues par les Drs J_____ et N_____. Que l'assuré ait échoué à reprendre à 100% une activité de contrôleur de chantier ne met pas en doute cette exigibilité, dès lors que l'activité en question, qui implique vraisemblablement une position debout statique et des déplacements importants, n'est pas adaptée aux limitations énoncées. 11. Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé. [endif]>![if> a. À titre liminaire, il sied de relever que la décision de l'assurance-accidents n'était pas entrée en force au moment où l'intimé a statué, de sorte qu'il lui était loisible de procéder de manière indépendante à l'évaluation du degré d'invalidité. Cela n'est pas contesté. b. Pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222). En l'occurrence, il est admis que l'assuré est totalement incapable d'exercer sa profession habituelle de manœuvre depuis son accident, le 14 décembre 2011. C'est donc en 2012, à l'issue du délai de carence d'un an, qu'il convient de se placer pour procéder à la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI). c. La décision querellée fixe le revenu sans invalidité à CHF 65'871.- en 2012 sur la base du questionnaire rempli par l'employeur. Ce chiffre correspond à celui dont le recourant se prévaut dans ses écritures, de sorte qu'il peut être retenu à titre de revenu sans invalidité. d. Quant au revenu d'invalidité, l'intimé l'a évalué en se basant sur un montant de CHF 62'217.- en 2012 en référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (tableau TA1, niveau 4, homme, adapté à une durée normale du travail de 41.6 h./sem. et indexé jusqu'en 2012), montant duquel il a déduit 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui l'a conduit à un revenu d'invalidité de CHF 55'995.-. Le recourant ne conteste pas la référence à l'ESS 2010 mais critique la réduction supplémentaire appliquée par l'intimé. Il soutient qu'elle aurait dû être de 25% au vu de ses limitations fonctionnelles et de ses limitations « non médicales ». La Chambre de céans constate que le grief du recourant n'est pas propre à remettre en question le refus de l'intimé de lui octroyer une rente. En effet, même si l'on devait retrancher 25%, la comparaison des gains aboutirait à un degré d'invalidité de 29% (65'871 – 46'663 / 65'871), taux qui resterait nettement insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. En tout état de cause, aucun élément ne permet de s'écarter du taux d'abattement retenu par l'intimé. En effet, l'OAI a tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant et le salaire statistique sur lequel il se fonde est celui applicable aux assurés dont le niveau de qualification est le plus bas, de sorte qu'il est suffisamment représentatif de ce que l'assuré pourrait gagner dans une activité légère n'exigeant ni formation ni connaissances linguistiques particulières (arrêts du Tribunal fédéral I 171/04 consid. 4.2 et 9C_242/2012 consid. 3). Par ailleurs, l'âge du recourant ne peut être considéré comme un facteur le contraignant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de

travail à des conditions économiques inférieures à la moyenne, pas plus que sa nationalité étrangère, attendu qu'il est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 700/04, consid. 4.3.3). En définitive, l'intimé n'a donc pas abusé de son pouvoir d'appréciation en fixant à 10% la réduction supplémentaire à prendre en considération, de sorte que la Cour ne saurait en revoir l'étendue. Pour le surplus, on remarquera que le revenu d'invalidé de CHF 44'902.- dont le recourant se prévaut est erroné : ce montant correspond au salaire statistique retenu par l'intimé, mais sans l'adapter à l'horaire normal de travail en 2012 et à l'évolution des salaires depuis 2010.

e. La comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 15% (65'871 – 55'995) / 65'871). Partant, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assuré à une rente. 12.

Reste à examiner le droit du recourant à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Il n'est pas nécessaire de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6).

c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée, ce n'est pas seulement l'article 6 première phrase LPGA qui entre en considération dans le cadre de l'art. 18 al. 1 LAI mais aussi l'article 6 seconde phrase LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012, consid. 3.7). Aux

termes de l'art. 6 seconde phrase LPGA, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 13. a. En l'espèce, le recourant est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations. Sous l'angle de l'art. 6 seconde phrase LPGA, il ne présente pas d'incapacité de travail, de sorte qu'il ne remplit pas la première condition requise pour l'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1. Il ne peut donc pas y prétendre. b. Le recourant n'a pas droit non plus à une mesure de reclassement, dès lors que son degré d'invalidité est inférieur au seuil de 20% fixé par la jurisprudence, comme on l'a vu. c. S'agissant de l'orientation professionnelle, la Cour se détermine comme suit. Il n'est pas contestable que le handicap du recourant l'empêche de poursuivre son activité habituelle de manœuvre et qu'il restreint dans une mesure sensible le champ des activités possibles. En effet, ne sont désormais envisageables que des professions n'impliquant ni longues marches, ni montées répétées d'escaliers, ni port de charges, ni stations debout, ni positions agenouillée / accroupie. En outre, il sied de relever que l'expérience professionnelle de l'assuré se limite au domaine de la construction. Une mesure d'orientation professionnelle paraît donc indispensable afin de déterminer dans quels postes il pourrait se réinsérer. Au stade des mesures d'intervention précoce, l'administration avait d'ailleurs jugé nécessaire d'ordonner une telle mesure, mais le stage d'orientation professionnelle mis en œuvre en juin 2013 - moins de deux mois après l'ablation chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse - n'avait pas permis d'identifier pour l'assuré des cibles de reconversion professionnelle. Dans la mesure où l'invalidité du recourant lui rend difficile le choix d'une profession et qu'il est motivé à se réorienter professionnellement, comme en témoignent notamment ses déclarations en audience, il se justifie de le mettre au bénéfice d'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle. Les chances de succès de la mesure considérée paraissent au demeurant raisonnables sinon bonnes, eu égard à la motivation de l'intéressé et au fait que les trois ans écoulés depuis son dernier stage aux EPI lui auront vraisemblablement permis d'améliorer ses connaissances de la langue française. 14. La documentation médicale figurant au dossier permet à la Chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves. 15. En définitive, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle. Pour le reste, la décision est confirmée et le recours rejeté. Le recourant, qui est représenté, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :