

GE_GERICHTE A/416/2016 vom 21. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_416_2016

FR: GE_GERICHTE A/416/2016 du 21 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/416/2016 del 21 novembre 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO 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 _____ - 1961, marié et père de deux enfants, sans formation, travaillait en qualité de manœuvre pour une entreprise de génie civil lorsqu'il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 novembre 1997, en raison de lombalgies chroniques. Après une mesure de reclassement réussie en tant qu'aide de laboratoire dans le secteur de la boulangerie, suivie d'un engagement par une entreprise de boulangerie, l'OAI a clos le dossier de l'assuré par décision du 14 novembre 2001. À partir de 2006, l'assuré a exercé à plein temps le métier de nettoyeur pour le compte de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur). En arrêt de travail complet depuis le 5 septembre 2013, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 4 février 2014 en mentionnant qu'il souffrait d'arthrose du genou gauche depuis 2011. [endif]>[if> 2. Dans un rapport du 11 octobre 2013 adressé à Helsana Assurance SA, assurance-maladie perte de gain de l'employeur (ci-après : Helsana), le docteur C_____, médecin interne FMH, a indiqué qu'il suivait l'assuré pour sa gonarthrose (CIM-10 M17.0) depuis le 22 août 2013 et que cette affection se manifestait par des douleurs au genou gauche mais aussi par des troubles fonctionnels (lâchages, impotence à la marche), de sorte que son incapacité de travail était totale depuis le 5 septembre 2013. En l'état, il était trop tôt pour se prononcer sur le recouvrement d'une capacité de travail dans une activité équivalente. Cela dépendait de l'issue d'une éventuelle intervention chirurgicale. [endif]>[if> Le Dr C_____ a joint à son rapport une IRM du 29 août 2013, qui concluait à une petite zone d'ulcération cartilagineuse, mettant à nu l'os sous-chondral de la zone portante du plateau tibial interne sur 3 mm, associée à une macrogéode sous-condrale juste en regard, mais aussi à un très important œdème sous-chondral autour de cette géode, s'étendant largement à distance de la région sous-chondrale. En revanche, une déchirure méniscale n'apparaissait pas de manière évidente. 3. Dans un rapport du 5 mars 2014 à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que la pose d'une prothèse du genou gauche serait pratiquée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 14 mars 2014. En l'état, la capacité de travail demeurait totale dans la profession habituelle de nettoyeur. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail à concurrence de 100 % « en octobre-novembre 2014 ? », mais il convenait de réévaluer la situation six mois après l'intervention évoquée. [endif]>[if> 4. Entendu le 27 mars 2014 par les conseillers en réadaptation de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il souhaitait reprendre son activité de nettoyeur ou, si sa prothèse l'en empêchait, exercer une activité adaptée.

5. Dans un rapport du 14 mai 2014, relatant une consultation remontant au 28 avril 2014, les docteurs D_____ et E_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne au Service de chirurgie orthopédique des HUG, ont fait état d'une nette diminution des douleurs à six semaines de l'intervention chirurgicale. L'assuré marchait encore avec deux cannes anglaises et arrivait à monter gentiment les escaliers. Le bilan radiologique mettait en évidence des implants en place, sans signe de descellement.

6. Par communications des 13 octobre et 5 novembre 2014, l'OAI a pris en charge les coûts de chaussures orthopédiques, respectivement une partie des frais liés à l'obtention du permis de conduire de catégorie B. Cette deuxième mesure entraine dans le cadre de mesures d'intervention précoce destinées à aider l'assuré à retrouver une activité adaptée à sa situation médicale.

7. Dans un rapport du 3 novembre 2014 à l'OAI, le docteur C_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il marchait désormais sans canne et les douleurs avaient diminué. L'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche restait néanmoins importante. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur. En revanche, elle était de 50 % « puis 100 % ? » dans une activité adaptée (nettoyage léger sans port de charges).

8. Le 20 novembre 2014, le centre de formation professionnelle spécialisée ORIF a convoqué l'assuré pour le 1^{er} décembre 2014 afin d'effectuer un stage de trois semaines dans un atelier d'intégration professionnelle.

9. Le 18 décembre 2014, le directeur d'ORIF Vernier a dressé le bilan de la mesure d'intervention précoce à un jour de son échéance. L'assuré n'avait passé ni le bilan des acquis ni le « basic-check » car il ne lisait pas le français. D'un point de vue pratique, le test du « module conciergerie » s'était révélé peu concluant. L'assuré y avait passé quelques heures et s'était plaint de douleurs au genou, reconnaissant que cette activité ne pouvait pas lui convenir.

10. Au regard de ses compétences scolaires, l'ORIF avait proposé le module électricité à l'assuré, soit le montage de tableaux électriques, cette activité pouvant être comprise facilement grâce aux schémas et aux explications démonstratives. Le pliage des fils rigides avait occasionné beaucoup d'énervements et la qualité du travail rendu s'était révélée très moyenne. L'assuré n'avait fait preuve d'aucune autonomie dans ce module. Il n'avait pas cherché à trouver des techniques seul pour améliorer la qualité de son travail. Bien que l'assuré eût travaillé de manière sérieuse et concentrée dans le module soudure à l'étain, de nombreux énervements avaient ponctué ses travaux. La qualité des soudures restait à améliorer nettement et le rendement était faible. Le rendement de l'assuré, observé au cours de la mesure d'intervention précoce, était faible (50 %). Il travaillait lentement et semblait être tout le temps aux prises avec des difficultés énormes. Même s'il disait vouloir retourner dans le domaine du nettoyage et de la conciergerie, ce souhait contredisait totalement ses propres réflexions à l'issue du test de sa capacité de travail résiduelle dans ces domaines. De plus, ses limitations fonctionnelles contre-indiquaient ce genre d'activité. Parmi les pistes professionnelles qui pourraient convenir à l'assuré, il était possible de retenir celle du conditionnement léger (de type alimentaire par exemple) et celle de la conciergerie ou du nettoyage exercés dans le respect de ses limitations fonctionnelles. La piste de chauffeur de petites livraisons serait également envisageable une fois que l'assuré aurait réussi son permis de conduire.

11. Dans une note de travail du 7 janvier 2015, le conseiller en réadaptation de l'OAI a estimé au vu des circonstances et du rapport de l'ORIF que la seule piste réaliste à l'heure actuelle était un retour de l'assuré à un poste de nettoyeur auprès de son employeur, en essayant de négocier avec ce dernier un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Dr D_____ a renvoyé à un précédent rapport du 31 octobre 2014, dans lequel ce praticien effectuait un bilan à six mois de la pose de la prothèse du genou gauche. L'évolution était plutôt favorable. L'assuré avait regagné son autonomie même s'il se plaignait toujours de quelques douleurs au niveau de l'insertion de la bande ilio-tibiale et au niveau du Gerdy. Il était également gêné par la perte de flexion. Les douleurs étaient pour l'instant tout à fait supportables. Pour améliorer la mobilité, il devait poursuivre les séances de physiothérapie. Concernant son travail, il était toujours en contact avec l'OAI afin de lui trouver un poste moins exigeant du point de vue physique. Étant nettoyeur, il ne pouvait pas travailler dans ces conditions.![endif]>![if> 12. Par communication du 29 janvier 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un soutien à la recherche d'une orientation professionnelle. ![endif]>![if> 13. Dans une note de travail du 6 février 2015, le conseiller en réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré l'avait appelé pour lui annoncer qu'à la suite d'un rendez-vous médical ayant eu lieu le jour-même, la reprise d'une activité adaptée à temps partiel n'aurait pas lieu avant le printemps. Au vu de ces éléments, ainsi que de l'échéance prochaine de la période de douze mois des mesures d'intervention précoce, le conseiller en réadaptation a informé l'assuré de la fin du mandat d'intervention précoce et de la poursuite de l'instruction de la demande de prestations.![endif]>![if> 14. Le 20 mai 2015, Helsana a transmis à l'OAI un rapport récent, non daté, reçu le 13 mars 2015 du Dr C_____, aux termes duquel la reprise d'une activité adaptée était possible à 50 % dès le mois de juin, soit une activité de nettoyage de bureau ou avec des contraintes physiques moins élevées (pas de port de charges de plus de 5 kg, ni de position à genoux, ni de marche rapide, ni de travail dans les escaliers).![endif]>![if> 15. Par avis du 27 mai 2015, la docteure F_____, médecin SMR, s'est référée au récent rapport du Dr C_____ à Helsana, ainsi qu'au précédent rapport du 3 novembre 2014 du même médecin, estimant que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, à un poste sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges ni activité en position accroupie ou à genoux, n'impliquant pas de marche en terrain irrégulier ni de montées ni de descentes d'escaliers etc., la capacité de travail était de 50 % dès le mois de juin 2014 et entière dès le mois de novembre 2014.![endif]>![if> 16. Par projet de décision du 30 septembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il ne pouvait prétendre ni à des mesures professionnelles ni à une rente d'invalidité. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès novembre 2014. En se référant à ce moment précis au tableau TA1, tous secteurs confondus, de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), il y avait lieu de constater que l'assuré était en mesure de réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'130.- en 2014. En comparant ce revenu hypothétique à celui qu'il aurait réalisé en 2014 auprès de son dernier employeur en date (CHF 57'200.-), la perte de gain était nulle, donc le degré d'invalidité aussi. Sa capacité de travail étant à nouveau entière, des mesures professionnelles étaient sans objet.![endif]>![if> 17. Le 2 novembre 2015, l'assuré a contesté ce projet en soutenant que ses mouvements étaient limités au quotidien depuis son intervention au genou gauche. Toutes les activités journalières lui étaient très difficiles et déclenchaient d'importantes lombalgies. Pour appuyer ses dires, l'assuré a produit un certificat du 26 octobre 2015 du Dr C_____, aux termes duquel l'incapacité de travail de l'assuré était entière dans sa profession habituelle pour les raisons médicales suivantes : gonarthrose bilatérale, status post prothèse totale du genou gauche, fasciite (recte : fasciite) plantaire gauche, lombalgies communes et obésité (BMI 35) ; s'y ajoutaient les comorbidités suivantes : diabète type 2 équilibré et status post opération de la hanche droite (correction de luxation) en 1990. ![endif]>![if> 18. Par avis du 6 janvier

2016, le docteur G_____, médecin SMR, a considéré que le certificat du 26 octobre 2015 du Dr C_____ n'apportait aucun élément nouveau. Le précédent avis du SMR, du 27 mai 2015, restait valable. [endif]>[if> 19. Par décision du 8 janvier 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 septembre 2015. [endif]>[if> 20. Par courrier du 28 janvier 2016 à l'OAI, le Dr C_____ est revenu sur les atteintes évoquées dans le certificat du 26 octobre 2015, en tant qu'elles contribuaient à l'incapacité de travail entière de l'assuré dans sa profession habituelle de nettoyeur. Même si les suites de l'intervention au genou gauche du 14 mars 2014 étaient globalement favorables, une limitation fonctionnelle avec un défaut d'extension d'environ 25 degrés, ainsi qu'une gonalgie gauche prononcée à la marche persistaient. De plus, depuis l'intervention, l'assuré présentait une boîtierie importante à la marche, ceci en relation avec le statut orthopédique global. [endif]>[if> Quant aux lombalgies communes non déficitaires, elles étaient secondaires à une scoliose lombaire à convexité droite et bascule du bassin de 8 mm vers la droite. Il existait un rétrolisthésis de L3 sur L4 avec un pincement discal associé. De plus, l'assuré souffrait d'une arthrose facettaire lombaire étagée plus marquée dans les étages lombaires inférieurs. La symptomatologie douloureuse lombaire s'était graduellement installée, voire aggravée depuis la pose de la prothèse du genou gauche en mars 2014. La fasciite plantaire gauche était actuellement résistante au traitement conventionnel. Aussi, dans un contexte de péjoration de la mobilité, il fallait mentionner la nécessité de porter des chaussures orthopédiques, étant souligné qu'un tel moyen auxiliaire avait été octroyé par l'OAI le 13 octobre 2014. Selon le Dr C_____, l'ensemble des éléments médicaux évoqués illustre bien la complexité du cas, qui ne se résumait pas aux simples suites chirurgicales de la prothèse totale du genou gauche. Pour documenter le cas, le Dr C_____ a produit une radiographie du rachis lombaire, du bassin, de la hanche droite et du genou droit, pratiquée le 10 janvier 2016 par la doctoresse H_____, radiologue, concluant à une coliose lombaire à convexité droite et bascule du bassin de 8 mm vers la droite. S'y ajoutait un rétrolisthésis de L3 sur L4 avec pincement discal associé ainsi qu'une arthrose facettaire lombaire étagée plus marquée dans les étages lombaires inférieurs. Le bassin présentait une bascule de 8 mm vers la droite mais les rapports anatomiques étaient conservés, la minéralisation osseuse homogène et il n'y avait pas de lésion osseuse. Au niveau de la hanche droite, on notait un amincissement diffus de l'espace articulaire et une sclérose du toit du cotyle. Pour le reste, il n'y avait pas de déformation de la tête fémorale ni de remaniement sous-chondral, ni d'anomalie dans les parties molles péri-articulaires. S'agissant enfin du genou droit, les rapports anatomiques étaient conservés et la minéralisation osseuse homogène. Il n'y avait pas de lésion osseuse ni d'anomalie dans les parties molles. Le Dr C_____ a également versé au dossier une échographie du pied gauche, effectuée le 29 octobre 2015 par le docteur I_____, radiologue, concluant à une aponévrosite plantaire modérée au niveau proximal et médial, associée à une minime épine calcanéenne de 2 mm de diamètre d'aspect flou. 21. Le 8 février 2016, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre la décision du 8 janvier 2016, concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et, principalement à l'annulation de ladite décision ainsi qu'à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente entière d'invalidité, le tout sous suite de dépens. À l'appui de ses conclusions, le recourant a produit le certificat du 26 octobre 2015 du Dr C_____, déjà en possession de l'intimé. [endif]>[if> 22. Le 11 mars 2016, le recourant a complété son écriture et versé au dossier un courrier du 1^{er} mars 2016, adressé par le Dr C_____ à son conseil et se prononçant notamment sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après avoir rappelé les

diagnostics déjà mentionnés les 26 octobre 2015 et 28 janvier 2016, le Dr C_____ a précisé que le recourant présentait une limitation de la flexion du genou gauche suite à sa prothèse, ainsi que des douleurs résiduelles au niveau du genou gauche. Au niveau du genou droit, il existait un petit épanchement et une limitation douloureuse des mouvements en flexion et rotation. Le rachis lombaire était globalement raide et le recourant souffrait de lombalgies, essentiellement marquées s'il devait rester longtemps en position assise. La prothèse du genou n'était pas à l'origine des problèmes lombaires, mais contribuait à amplifier les difficultés au niveau du rachis, compte tenu de l'impotence et de la boiterie résiduelle. Une activité à plein temps n'était pas envisageable mais le recourant semblait capable de travailler à temps partiel dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, en alternant les positions assise et debout (50 % au début, à réévaluer par la suite).

Le recourant a soutenu en outre que le stage d'orientation professionnelle à l'ORIF s'était soldé par un échec. Réalisé à mi-temps sur une courte période, il avait permis d'exclure toute intégration au sein du marché du travail primaire, même dans une activité adaptée. Pourtant, l'intimé n'avait tenu aucun compte de ce rapport. L'instruction du dossier était lacunaire ; il était manifeste qu'une expertise médicale s'imposait pour apprécier la capacité de travail du recourant et résoudre les divergences de vue qui opposaient le Dr C_____ – qui partageait l'opinion des maîtres de réadaptation – et le SMR, qui n'indiquaient pas dans quel domaine d'activité l'assuré pouvait exercer ses talents. 23. Par réponse du 7 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et produit un avis du 1^{er} avril 2016 du docteur J_____, médecin SMR, selon lequel le Dr C_____, dans son rapport du 1^{er} mars 2016, n'expliquait pas les raisons pour lesquelles l'exercice d'une activité adaptée n'était possible qu'à temps partiel. Selon le Dr J_____, le bilan du pied gauche ne montrait, le 29 octobre 2015, qu'une aponévrosite plantaire modérée associée à une réaction ostéophytique, affection des plus communes assimilée à une tendinite du pied. Le bilan radiographique de janvier 2016 ne montrait aucune atteinte au niveau du genou droit et de la hanche. Ce bilan ne mettait en lumière qu'une atteinte dégénérative très limitée du rachis lombaire. Selon le Dr J_____, tous ces nouveaux documents ne faisaient que confirmer l'absence de sévérité des différentes atteintes ostéo-articulaires. Du reste, aucun suivi rhumatologique n'était envisagé. Enfin, à la lecture du rapport de stage de l'ORIF, on ne trouvait pas d'éléments médicaux permettant d'expliquer l'échec des mesures professionnelles. 24. Par écriture du 12 mai 2016, le recourant a invité la chambre de céans à bien vouloir différer toute prise de décision jusqu'à ce qu'un bilan rhumatologique ait été versé à la procédure. Il a également produit un rapport du 29 avril 2016 du Dr C_____, par lequel ce médecin manifestait son désaccord avec le Dr J_____ et motivait comme suit l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans un emploi adapté : compte tenu du status post-prothèse du genou gauche, d'une fasciite plantaire gauche, d'un début de gonarthrose droite et d'une atteinte dégénérative du rachis, il existait plusieurs affections occasionnant des douleurs chroniques ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité. Selon le Dr C_____, le dysfonctionnement orthopédique global était bien attesté dès lors que le recourant bénéficiait de chaussures orthopédiques adaptées, financées par l'intimé. Contrairement à ce qu'affirmait le Dr J_____ dans son rapport du 1^{er} avril 2016, il existait une souffrance importante, douloureuse, au vu des pathologies du recourant, même si ces dernières n'avaient pas de traduction radiologique manifeste, comme c'était très souvent le cas dans ce type de situation. 25. Par communications des 13 mai et 28 juin 2016, la chambre de céans a fixé, respectivement prolongé le délai imparti au recourant pour produire le bilan

rhumatologique évoqué.![endif]>![if> 26. Le 31 août 2016, le recourant a produit un rapport du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, adressé le 14 juillet 2016 au Dr C_____. ![endif]>![if> Selon le Dr K_____, le recourant souffrait de lombalgies mécaniques, de gonalgies consécutives à la prothèse totale du genou gauche, qui s'étaient aggravées environ six mois après l'opération du 14 mars 2014 et qui l'empêchaient de reprendre une quelconque activité. Si le genou gauche ne montrait pas de signe inflammatoire, le recourant n'en décrivait pas moins des douleurs en charge à la partie médiale et, peut-être, une légère instabilité à la marche. Il y avait également des signes compatibles avec une surcharge douloureuse sous forme d'une sensibilité péri-articulaire multiple. L'obésité (93 kg pour 163 cm) constituait un facteur aggravant, couplé à son déconditionnement physique. Aussi, il était difficile d'envisager la reprise d'une activité rémunérée du fait de la boiterie et du handicap à la marche. Quant aux lombalgies, elles étaient en relation avec les discopathies étagées et l'arthrose postérieure pouvait entraîner une limitation dans le port de charges et la station debout prolongée. Aujourd'hui, la capacité de travail était au maximum de 30 %. En guise de conclusion, le Dr K_____ a proposé au Dr C_____ d'organiser une consultation au Service d'orthopédie des HUG pour réévaluer le problème des douleurs liées à la prothèse du genou gauche. Il a également suggéré de pratiquer une IRM du talon gauche pour clarifier le diagnostic et déceler une éventuelle fracture de fatigue. Enfin, le recourant a précisé qu'un rendez-vous au Service d'orthopédie des HUG avait été fixé au 20 septembre 2016. 27. Le 10 octobre 2016, le recourant a informé la chambre de céans qu'il avait reçu les rapports médicaux relatifs aux examens subis aux HUG. N'étant pas en mesure d'interpréter utilement les résultats des tests subis, il a exposé qu'il attendait de son médecin traitant un rapport de synthèse rendant intelligible – pour les profanes – les résultats des tests subis.![endif]>![if> 28. Se référant à deux rapports qu'il avait omis de joindre à un pli du 28 novembre 2016 à la chambre de céans, le recourant a soutenu, dans ce courrier, que son état de santé n'était pas stabilisé, de sorte que c'était de manière prématurée qu'une décision de refus de prestations avait été rendue par l'intimé, au terme d'une instruction lacunaire.![endif]>![if> 29. Par envoi du 7 décembre 2016, le recourant a produit les pièces qu'il avait mentionnées le 28 novembre 2016, soit un rapport de consultation du 18 octobre 2016 des docteurs D_____ et L_____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG. Sur le plan anamnestique, ils ont noté qu'à la suite de la pose de la prothèse totale du genou gauche en mars 2014, l'évolution avait été tout à fait favorable dans un premier temps, avec un genou indolore mais une mobilité limitée à 90° un an après l'intervention. Depuis lors, le recourant avait commencé à ressentir des douleurs de plus en plus intenses et handicapantes. Celles-ci étaient décrites comme latérales, médiales, postérieures et antérieures, irradiant vers le haut et vers le bas. Par ailleurs, il ressentait des douleurs lombaires de manière chronique avec des épisodes de décharges électriques dans les membres inférieurs. On notait également des douleurs chroniques au niveau de la hanche droite, qui s'étaient maintenues depuis une intervention pratiquée en 1996 à cette hanche. ![endif]>![if> À l'examen clinique, les médecins ont noté que le membre inférieur semblait normoaxé. Il n'y avait pas d'amyotrophie musculaire. La cicatrice était calme, sans signe inflammatoire ni infectieux. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire. La flexion-extension était à 80-0-0°. On notait également une bonne stabilité dans les plans coronal et sagittal. La palpation du genou était par ailleurs diffusément douloureuse, que ce soit en péri-rotulien aux versants médial, latéral et postérieur. Le bilan radiologique standard réalisé au niveau du genou gauche montrait des implants en place, sans signe de

descellement ni de déplacement secondaire mais éventuellement une rotule basse. En conclusion, les Drs D_____ et L_____ ont expliqué au recourant qu'ils allaient le diriger vers différents spécialistes pour de plus amples examens du genou gauche, une évaluation du rachis, de la hanche droite et du pied gauche. Le recourant a également versé au dossier un rapport du 10 novembre 2016 du Dr C_____, indiquant que son état de santé évoluait défavorablement depuis environ six mois. De nouveaux éléments médicaux avaient pu être mis en évidence par un suivi spécialisé aux HUG et, actuellement, la situation n'était pas stabilisée. Enfin, le recourant était dans l'attente d'une décision quant à une nouvelle intervention chirurgicale. En conséquence de quoi, sa capacité de travail était nulle et la situation était à réévaluer d'ici six mois. 30. Le 30 janvier 2017, le recourant a produit un rapport du 11 janvier 2017 des Drs D_____ et E_____, dans lequel ces médecins suspectaient un descellement du plateau tibial et envisageaient une reprise chirurgicale du genou gauche. 31. Par courrier du 20 mars 2017, le recourant a fait savoir que des discussions étaient en cours aux HUG, concernant l'opportunité de procéder à deux opérations, la première portant sur le retrait de la prothèse du genou gauche, la seconde sur une intervention au rachis. Dans l'intervalle, il paraissait opportun de suspendre la procédure en cours jusqu'à ce que son état de santé soit élucidé et stabilisé. En toute hypothèse, il paraissait indiscutable que la gravité des atteintes à sa santé avaient été minimisée par l'intimé et que sa capacité de gain était inexistante en l'état. 32. Par envoi spontané du 24 mars 2017, le recourant a soutenu que c'était de manière précipitée que l'intimé avait rendu la décision litigieuse. En réalité, son incapacité de travail était patente. Il en allait de même de la nécessité de se soumettre prochainement à des interventions pour des atteintes dont la gravité avait été sous-estimée par l'intimé. 33. Par écriture du 18 avril 2017, l'intimé a fait valoir que l'aggravation de l'état de santé du recourant était postérieure à la décision litigieuse et qu'en conséquence, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure. Pour étayer ce point de vue, il a produit un avis du 12 avril 2017 du SMR, dans lequel le Dr J_____ estimait que même si les nouveaux documents reçus montraient une très probable aggravation de l'atteinte du genou gauche, celle-ci était vraisemblablement postérieure à la décision litigieuse. En effet, dans son certificat médical du 26 octobre 2015, le Dr C_____ ne mentionnait que les lombalgies et la mobilité du genou pour expliquer l'échec de la mesure professionnelle et nullement les douleurs du genou gauche. De plus, dans son courrier du 14 juillet 2016, le Dr K_____ ne signalait des douleurs du genou gauche que lors de la station debout ou de la marche. En effet, ce médecin mentionnait que « [le recourant] décrit des douleurs en charge », confirmant en cela les limitations fonctionnelles retenues lors de la décision. 34. Le 21 avril 2017, une copie de ce courrier a été transmise au recourant. 35. Par courrier du 3 novembre 2017, l'assuré a indiqué à la chambre des assurances sociales que son état de santé était stabilisé et qu'une instruction sérieuse de sa capacité de travail devait intervenir. 36. Par courrier du 13 novembre 2017, l'assuré est cependant revenu sur cette dernière information, en indiquant, certificat médical du Dr M_____ à l'appui, que son état de santé n'était pas stabilisé, malgré sa dernière intervention chirurgicale, et qu'une nouvelle évaluation spécialisée interviendrait aux HUG en décembre 2017. EN DROIT 1. a. 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 établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.!

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 8 février 2016 contre la décision litigieuse du 8 janvier 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. Il convient préalablement de définir l'objet du litige.!

Aux termes de l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI dispose que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. L'art. 87 al. 3 RAI est applicable par analogie aux mesures de réadaptation (ATF 113 V 22 consid. 3b) et s'applique uniquement lorsqu'il y eu refus préalable de prestations et non lorsqu'une nouvelle demande est présentée après l'octroi d'une prestation limitée dans le temps (ATF 125 V 410 consid. 2b et les références citées). Étant donné qu'en l'espèce, le recourant s'est vu octroyer un reclassement à la suite de sa demande de prestations formée en novembre 1997, la demande de prestations déposée le 4 février 2014 doit être traitée comme s'il s'agissait d'une première demande. En d'autres termes, la question litigieuse n'est pas de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre le 14 novembre 2001 – date de la décision de clôture du dossier après accomplissement de la mesure de reclassement – et le 8 janvier 2016, date du rejet de la nouvelle demande, mais si c'est à bon droit que la décision du 8 janvier 2016 refuse l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles au recourant.

3. 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).

4. 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). 5. 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 maladif, 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). [endif]>[if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 6. 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). [endif]>[if> 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). b. 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. b/aa. 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. Étant 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). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. 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). 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. À 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).

c. 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). 7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!endif]>![if> b. 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 œuvre 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 œuvre 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 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). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

8. a. En l'espèce, le recourant soutient qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, cas échéant à des mesures professionnelles. À l'appui de sa position, il fait valoir, d'une part, que son médecin traitant, le Dr C_____, considère que l'exercice d'une activité adaptée n'est possible qu'à 50% et, d'autre part, que le stage d'orientation professionnelle, qui s'est déroulé en décembre 2014 sur une période de trois semaines, à mi-temps, a révélé qu'il n'était pas capable d'exercer une activité – même adaptée – sur le marché du travail primaire, compte tenu de la faiblesse de son rendement. Pour sa part, l'intimé se réfère aux avis du SMR, soit à celui du 27 mai 2015 de la doctoresse F_____, confirmé par les avis successifs des Drs G_____ et J_____, pour considérer que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2014. Est donc principalement litigieux le point de savoir si les avis du SMR évoqués constituent une preuve suffisante pour admettre l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dès cette date. b. Ces avis correspondent à une synthèse au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. ci-dessus : consid. 6c/bb) ; ils reposent non pas sur des observations cliniques auxquelles les médecins du SMR auraient personnellement procédé, mais sur une analyse des documents versés au dossier. Or, quoi qu'en dise la Dresse F_____, le rapport non daté du Dr C_____, reçu par Helsana le 13 mars 2015, ne mentionne pas de recouvrement d'une capacité de travail de 50% en juin 2014. En effet, le Dr C_____ a simplement répondu « oui, juin, 50% » à la

question suivante que Helsana lui avait posée le 6 mars 2015 : « peut-on raisonnablement envisager une activité professionnelle moins pénible ? Si oui, de quel genre, à partir de quelle date et à quel pourcentage ? ». Or, en sachant que le Dr C_____ a répondu « janvier 2015, 50% » à la même question posée par Helsana le 9 octobre 2014, c'est-à-dire cinq mois plus tôt (cf. dossier AI, doc 115, p. 3), la réponse à la question posée par Helsana le 6 mars 2015 concernait vraisemblablement la reprise d'une activité adaptée à 50% en juin 2015. En outre, contrairement à ce qu'affirme la Dresse F_____, le Dr C_____ n'a jamais affirmé dans son rapport du 3 novembre 2014 à l'OAI que le recourant bénéficiait désormais d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée. Il a indiqué 50%, sans préciser de date « puis 100% ? », laissant ainsi cette dernière question ouverte. Ceci résulte également du point 13 du même rapport, dans lequel le Dr C_____ répond par l'affirmative à la question de savoir si un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Selon lui, un tel examen était indiqué en mars 2015, un an après la pose de la prothèse du genou gauche. En conséquence, les conclusions prises par la Dresse F_____ le 27 mai 2015 ne sont corroborées par aucune pièce médicale. Dans ce contexte, il est d'autant plus incompréhensible qu'une fois le SMR invité à se prononcer (pour la première fois) sur des atteintes autres que celles touchant les genoux du recourant, le Dr JUAN G_____ ait indiqué le 6 janvier 2016 que le certificat du 26 octobre 2015 du Dr C_____ n'apportait « aucun élément nouveau ». Quant à l'argumentation développée par le Dr J_____ le 12 avril 2017 au sujet du caractère non pertinent – car vraisemblablement postérieur à la décision entreprise – de l'aggravation de l'atteinte du genou gauche, elle ne convainc pas non plus, notamment en raison du fait qu'elle repose sur le même postulat nullement étayé, posé par la Dresse F_____, selon lequel le recourant aurait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2014. c. Compte tenu du flou entourant cette capacité, qui concerne également la date à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée aurait été exigible à temps partiel et à quel taux (cf. les divers rapports en partie contradictoires du Dr C_____ et le rapport du 14 juillet 2016 du Dr K_____), il s'impose de retenir que l'évaluation du taux d'invalidité du recourant n'a pas été effectuée sur des bases médicales fiables et précises. De surcroît, une prise en considération de l'ensemble des atteintes à la santé, ainsi qu'une instruction en bonne et due forme sur les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail dans une activité adaptée fait également défaut. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans ne peut donc pas statuer de manière définitive sur le droit aux prestations du recourant. En conséquence, il appartiendra à l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire et d'inviter les médecins à se prononcer de manière claire, au regard de l'ensemble des atteintes, sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 5 septembre 2013, ses limitations fonctionnelles, le taux de sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, son rendement dans une telle activité ainsi que la date d'exigibilité d'une éventuelle reprise de travail. La question reste à ce stade ouverte de savoir s'il conviendra d'ordonner une expertise pour répondre à ces questions. Par ailleurs, au cas où l'appréciation d'observation professionnelle effectuée par l'ORIF Vernier en décembre 2014 divergerait sensiblement de l'appréciation médicale, notamment en termes de rendement, il incomberait à l'intimé de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. 9. a. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. b. La procédure de recours en matière de contestations

portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Une indemnité de procédure doit être allouée au recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est représenté par un avocat (art. 61 let. g LPG). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 2'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA – E 5 10.03). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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