

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est né le _____ 1964. De 1995 à 2003, il a travaillé principalement dans la restauration en tant que commis de cuisine. En janvier 2004, l'assuré a été engagé en qualité de « collaborateur restaurant » (nettoyage de la vaisselle et entretien des locaux) à plein temps par B_____ SA, entreprise active notamment dans la restauration collective. Depuis mars 2007, son revenu mensuel brut était de CHF 3'400.- payé treize fois l'an. La durée du travail hebdomadaire était de 41 heures.
2. Le 3 novembre 2005, l'assuré a eu un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration d'accident-bagatelle remplie par son employeur le lendemain, l'intéressé s'est coincé le genou gauche avec un chariot de débarrassage.
3. Le 4 novembre 2005, le docteur C_____, médecin praticien, a diagnostiqué une distorsion modérée du genou gauche suite à une torsion. Aucune incapacité de travail n'était retenue. Le traitement médical a pris fin le 21 novembre 2005.
4. Le 9 mars 2006, l'assuré a consulté le docteur D_____ en raison de douleurs au genou gauche lors de la marche et du fait que ce genou était toujours enflé.
5. Une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche réalisée le 13 mars 2006 par le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une fracture ostéo-chondrale au niveau de la partie inférieure de la crête rotulienne, associée à un corps libre intra-articulaire ostéo-chondral d'environ un centimètre au maximum, localisé en avant de la corne antérieure du ménisque externe. Le ménisque et les ligaments ne présentaient aucune anomalie. Un épanchement intra-articulaire sans signe de kyste de Baker était à relever.
6. Le 15 mars 2006 l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute à son assurance. L'intéressé devait subir une opération du genou suite à l'accident du 3 novembre 2005, en raison d'un bout d'os de la rotule qui était cassé et qui bloquait l'articulation du genou.
7. Dans un rapport du 18 juin 2006, le Dr F_____ a retenu le diagnostic d'ostéochondrale de la rotule gauche avec fragment libre. Le genou gauche était bloqué et présentait un épanchement permanent depuis mars 2006. Une arthroscopie par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était prévue.
8. Le 21 juin 2006, l'assuré a été opéré par le Dr G_____ pour une ostéochondrite de la rotule gauche. Le médecin a pratiqué une arthroscopie avec nettoyage de l'échancrure et shaving de la zone d'ostéochondrite.
9. Une IRM du genou gauche réalisée le 24 mai 2007 par le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé la présence d'un corps libre intra-articulaire ostéo-chondral d'environ un centimètre et régulier, localisé dans la partie antérieure de la corne antérieure du ménisque externe, et un status post-fracture ostéochondrale de la partie inférieure de la crête rotulienne. Aucune déchirure méniscale

ou ligamentaire n'était à relever. L'assuré présentait un léger épanchement articulaire, mais sans signe de kyste de Baker.

10. Le 20 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations, en particulier une mesure de reclassement, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant avoir « tapé le genou contre un chariot au travail » en novembre 2005.
11. Dans un rapport du 24 août 2007, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de gêne fonctionnelle et de raideurs du genou gauche. L'assuré présentait une marche avec boiterie du membre inférieur gauche, une importante atrophie du quadriceps et des ischio-jambiers gauches et une restriction de la mobilité du genou gauche. La palpation du genou gauche montrait une zone douloureuse dans le compartiment interne entre la facette interne de la rotule et le condyle interne et l'interligne fémoro-tibial interne. La rotule était douloureuse à la mobilisation avec rabot.
12. Dans un rapport du 4 septembre 2007, le Dr D_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de corps libre post fracture ostéocondrale de la partie interne et de la crête rotulienne du genou gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} mai 2007. L'état de l'assuré était stationnaire. Sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Suite à l'arthroscopie de juin 2006, le corps libre avait persisté. Une récurrence de l'épanchement et des gonalgies était apparue en mai 2007. L'activité habituelle était encore exigible, sans diminution de rendement. L'exercice d'une autre activité pouvait être exigé de l'assuré. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.
13. Dans un avis du 15 février 2008, la doctoresse J_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a préconisé un examen orthopédique par le SMR, afin de déterminer si l'activité habituelle était encore exigible et d'établir la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, les rapports figurant au dossier étaient contradictoires.
14. L'examen clinique orthopédique a été réalisé par le docteur K_____ du SMR le 29 février 2008. Dans son rapport du 5 mars 2008, il a exposé l'anamnèse de l'assuré et ses plaintes. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies gauches et de masse d'aspect bénin, probablement cartilagineuse située devant la corne antérieure du ménisque externe, chondropathie rotulienne. L'assuré pouvait exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges. Les courts déplacements à plat étaient possibles, mais pas les travaux accroupis ou à genoux. Il devait également éviter de monter ou descendre les pentes ou les escaliers. Sa capacité de travail était réduite de 50 à 100%, selon les périodes, depuis le 10 mars 2006. Elle était de 25% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée, étant précisé que l'assuré partageait ces conclusions.

15. Dans un rapport d'examen du 11 mars 2008, la Dresse J_____, a validé les conclusions du Dr K_____, à la lumière des éléments figurant au dossier.
16. Dans un projet de décision du 7 avril 2008, l'OAI a proposé le rejet de la demande prestation. La capacité de travail de l'assuré était considérablement réduite depuis le 10 mars 2006. A l'issue du délai de carence, soit le 10 mars 2007, sa capacité de travail était de 25% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon la méthode de comparaison des revenus, son salaire statistique avec invalidité était de CHF 59'197.- (ESS 2006, total, homme, niveau 4). En raison des limitations fonctionnelles, un abattement de 10% était retenu, de sorte que le revenu d'invalidité était porté à CHF 53'278.-. S'agissant du revenu sans invalidité, il se montait à CHF 40'800.- (3'400 x 12). Le degré d'invalidité était donc nul, de sorte qu'il n'ouvrait droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles de reclassement.
17. Lors d'une audition du 6 mai 2008, l'assuré a contesté l'évaluation de sa capacité de travail. Selon lui, il ne pouvait plus exercer son activité habituelle. Dans une activité adaptée, il pouvait encore travailler, mais pas à 100%. Il n'était pas non plus d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. A cette occasion, l'assuré a produit un certificat médical du 18 avril 2008 du Dr D_____, selon lequel l'état probablement définitif de l'assuré était incompatible avec son activité habituelle qui impliquait notamment de franchir des escaliers et de s'accroupir. Son incapacité de travail était de 100% depuis le 1^{er} mai 2007.
18. Dans un avis du même jour, le SMR a maintenu ses conclusions, le certificat produit ne remettant pas en cause ses conclusions sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
19. Par décision du 13 mai 2008, l'OAI a maintenu son projet de décision, sur la base dudit avis. L'assuré n'a pas recouru à son encontre.
20. Le 14 mars 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une incapacité de travail de 100%, causée par un corps libre cartilagineux intra articulaire au genou gauche et une lésion chondrale diffuse.
21. Le 15 mai 2014, l'assuré a produit un rapport de consultation établi le 24 avril 2014 par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Selon ce médecin, l'assuré avait rapidement présenté une symptomatologie douloureuse suite à l'arthroscopie réalisée par le Dr G_____ en 2006. Depuis lors, il avait gardé des douleurs en raison du corps libre intra articulaire. Le 10 décembre 2013, l'assuré avait été opéré par ses soins, afin de retirer ledit corps libre. Durant l'intervention, une chondropathie de grade IV de la facette rotulienne externe et une chondropathie de grade III de la facette rotulienne interne avec une surface cartilagineuse très irrégulière au niveau de la rotule avaient été constatées. Cette intervention n'avait pas soulagé l'assuré au niveau des douleurs. S'il ne ressentait plus les blocages liés au corps libre, les douleurs

antérieures et antéro-internes étaient toujours fortement présentes et le limitaient dans sa mobilité. Il marchait actuellement avec une canne en boitant. Dans ce contexte, la reprise de son activité habituelle était difficilement envisageable. Une activité adaptée était souhaitable, afin qu'il puisse travailler plutôt en position assise, pour soulager ses douleurs.

22. Le 28 août 2014, le SMR a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible.
23. Dans un rapport du 12 novembre 2014, le docteur M_____, chef de clinique de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, a diagnostiqué une chondropathie sévère et retro-patellaire gauche et un status post ablation d'un corps libre intra-articulaire le 10 décembre 2013. L'évolution clinique objective et fonctionnelle du genou gauche était excellente, suite à la physiothérapie et à la prise d'antalgiques. Cliniquement, le genou se présentait sec, stable, avec un flexum résiduel de cinq degré et des chaînes musculaires assouplies. Une amyotrophie du quadriceps était toujours présente. La marche observée par hasard au moment de l'arrivée à l'hôpital était harmonieuse, rapide, fluide et sans aucune boiterie. A l'examen dirigé, une boiterie, peut être intentionnelle, était retrouvée. La capacité de travail en position mixte avec un port de charge léger était de 100%, immédiatement exigible concernant son genou. Monter des escaliers de manière répétée ou travailler accroupi n'était pas recommandé.
24. Dans un rapport du 15 décembre 2014, le service de chirurgie des HUG a retenu une incapacité de travail non chiffrée dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100%, immédiatement exigible, dans une activité permettant de travailler en position mixte, avec port de charges légères, sans escaliers et sans position accroupie.
25. Par courrier du 24 avril 2015, l'assuré a indiqué à l'OAI ne pas avoir repris d'activité professionnelle. Comme le lui avait fait comprendre la Dresse L_____, son genou gauche était incurable. Il tentait de calmer les douleurs par la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires.
26. Dans un rapport du 30 juillet 2015, le Dr M_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture ostéo-chondrale de la facette extérieure de la rotule sur trauma direct du genou gauche le 3 novembre 2005 et de chondropathie sévère secondaire sur corps libre intra-articulaire, ablation le 10 décembre 2013. L'assuré présentait des douleurs à la marche. La capacité de travail dans l'activité habituelle était partielle mais non précisée, avec un rendement réduit. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, ou nécessitant de monter sur des échelles, des échafaudages ou des escaliers), la capacité de travail était pleine et entière, dès le 12 novembre 2014.
27. Dans un avis du 28 septembre 2015, la doctresse N_____ du SMR a posé les diagnostics de chondropathie rotulienne secondaire à une fracture en 2005 et

ablation d'un corps intra-articulaire le 10 décembre 2013. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais de 100% depuis le 12 novembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à dix kg, pas de marche sur terrain irrégulier, alternance des positions et travail sédentaire).

28. Dans un projet de décision du 3 février 2016, l'OAI a proposé le rejet de la nouvelle demande de prestation, au motif que si l'assuré présentait une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle depuis le 10 décembre 2013, sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée depuis le 12 novembre 2014. Son revenu sans invalidité adapté se montait à CHF 44'248.-, selon les données fournies par son dernier employeur. Son revenu avec invalidité était de CHF 59'517.- (ESS 2012, tableau TA TA1_skill_level, total, activité de niveau 1 simple et répétitive, indexation à 2014), une fois un abattement de 10% appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Par conséquent, le degré d'invalidité de l'assuré était nul, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.
29. Par décision du 15 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, reprenant intégralement son projet de décision. En effet, l'intéressé ne s'était pas opposé audit projet de décision dans le délai imparti.
30. Par acte du 2 mai 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans, en concluant à l'annulation de ladite décision, à ce qu'une expertise médicale orthopédique soit ordonnée et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour qu'il lui octroie une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens. La Dresse L_____, avait constaté qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail. Le rapport de ce médecin serait produit ultérieurement. Cela étant, les conclusions de la Dresse L_____ entraînent en contradiction avec celles du SMR, lequel considérait qu'il était capable d'exercer une activité simple et légère à 100%. Or, son état de santé était tel, qu'il était incapable de travailler, même dans une activité adaptée. Son degré d'invalidité était donc de 100%, et non de 0%. Etant donné que les rapports versés au dossier n'étaient pas concordants et qu'aucun n'apparaissait comme plus probant, le dossier ne permettait pas d'évaluer la situation du recourant. La chambre de céans n'était donc pas en mesure de trancher le litige et devait renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise orthopédique.
31. Dans sa réponse du 23 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Le recourant n'avait produit aucun rapport médical complémentaire, de sorte que rien ne permettait de remettre en cause les conclusions du SMR. Dans la mesure où l'intimé se ralliait aux avis du SMR, la mise en œuvre d'une expertise telle que demandée par le recourant n'était pas nécessaire. La situation médicale du recourant avait été parfaitement élucidée, de sorte que la décision de refus de prestations était justifiée.

32. Le recourant n'a pas formé d'observations dans les le délai, prolongé à une reprise, qui lui a été imparti par la chambre de céans.
33. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et de l'art. 38 al. 1, 3 et 4 let. a LPGA
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 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).

6. 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).

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.

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).

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).

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

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

8. En l'espèce, l'intimé considère que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 10 décembre 2013, mais qu'il présente une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 12 novembre 2014. Il fonde principalement ses conclusions sur l'avis du SMR du 28 septembre 2015.

Quant au recourant, il soutient qu'il n'est pas apte à reprendre le travail, sur la base des conclusions de la Dresse L_____. Lesdites conclusions étant en totale

contradiction avec celle du SMR, il convenait de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'une expertise soit ordonnée.

En l'occurrence, le recourant n'a pas fourni à la chambre de céans le rapport médical de la Dresse L_____ mentionné dans son recours et sur lequel il fonde exclusivement son argumentation. En outre, il convient de relever que les conclusions du seul document établi par la Dresse L_____ qui figure au dossier, soit le rapport du 15 mai 2014, sont compatibles avec les conclusions du SMR. En effet la Dresse L_____ retient que la reprise de l'activité habituelle est difficilement envisageable et que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est souhaitable.

S'agissant des autres rapports médicaux, en particulier ceux du Dr M_____, il apparaît que le recourant présente, selon le principe de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Les conclusions des Drs L_____ et M_____ et du SMR étant concordantes, la question de la valeur probante des différents rapports et avis peut par conséquent demeurer ouverte.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions du SMR ou d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 10 décembre 2013, mais qu'il présente une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 12 novembre 2014.

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

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

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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on

s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité 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).

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).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

10. En l'occurrence, le recourant ne conteste pas, à juste titre, le calcul de son degré d'invalidité.

En tout état de cause, le revenu d'invalidité et la base statistique dont il a été tiré ont été correctement sélectionnés et adaptés par l'intimé.

S'agissant du degré d'abattement de 10% appliqué au recourant, rien ne permet de constater que l'intimé aurait excédé son pouvoir d'appréciation.

Quant au revenu sans invalidité, certes l'intimé a-t-il commis une erreur en retenant le montant de CHF 40'800.- en 2007 (3'400 x 12), dans la mesure où le salaire mensuel du recourant était versé treize fois l'an. Cela étant, même en intégrant au

calcul du degré d'invalidité le revenu sans invalidité corrigé, soit CHF 47'935.50 ($3'400 \times 13 = 44'200$; $\{44'200 \times 2220 \text{ [ISS 2014]}\} / 2047 \text{ [ISS 2007]} = 47'935.50$), le degré d'invalidité reste nul.

Enfin et comme le rappelle la jurisprudence précitée, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations du recourant et accessible sans aucune formation particulière, de sorte que l'on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir désigné d'activités compatibles avec l'état de santé du recourant.

Ainsi, l'absence d'invalidité du recourant, au sens de l'assurance-invalidité, retenu dans la décision querellée doit être confirmée, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a refusé au recourant toutes prestations.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
12. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Catherine TAPPONNIER

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