RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1557/2020 **ATAS/1109/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 novembre 2021

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Ana Rita PEREZ	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1979 au Portugal, vivant en Suisse depuis octobre 2007, a occupé divers emplois, dans la boulangerie, comme peintre électrostatique ou comme déménageur.

2. Le 20 novembre 2008, il a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) visant la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle et l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait d'une tumeur au genou droit et d'une « rotule à reconstruire ».

3. Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 7 février 2009 au 30 novembre 2010. Il lui reconnaissait une capacité de travail nulle dans l'activité de déménageur, mais entière dans une activité adaptée dès septembre 2010, de sorte que trois mois après, son droit à la rente s'éteignait.

4. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a confirmée par arrêt du 17 janvier 2012 (ATAS/25/2012).

5. Une mesure d'aide au placement a été mise en place dès le 14 novembre 2011.

6. Le 24 avril 2012, un rapport a été établi par les Établissements publics pour l'intégration (EPI). À l'issue de l'observation professionnelle effectuée en atelier, il a été relevé que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise ou debout, lui laissant la possibilité d'alterner à sa guise les positions de travail. Cependant, celui-ci s'était plaint de ne pas tenir la position assise ou debout plus de quelques minutes d'affilée, ceci à cause de douleurs au genou, lequel avait beaucoup gonflé durant la période en atelier. Du fait qu'il n'avait pas été possible de savoir quand une éventuelle opération aurait lieu et d'obtenir des informations supplémentaires sur l'état de santé de l'assuré, le mandat avait été prolongé pour un stage à l'atelier de réentraînement, ceci afin de vérifier si une activité proche de l'industrie légère en position essentiellement assise était adaptée. Selon les conclusions du rapport, la capacité de travail de l'assuré n'était actuellement pas exploitable sur le marché économique ordinaire et le resterait tant que l'assuré ne pourrait pas médicalement assumer une activité plus importante qu'un mi-temps. Aussi, en accord avec l'OAI, il avait été décidé que l'assuré sortait des effectifs des EPI au terme de son mandat, soit le 1er avril 2012.

   Le mandat de placement a été clôturé le 22 juin 2012.

7. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 20 août 2012.

8. Par décision du 22 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

9. Par arrêt du 25 mars 2014 (ATAS/428/2014), la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré contre ladite décision, annulé celle-ci et renvoyé la

cause à l'OAI pour instruction sur la capacité de travail, détermination du degré d'invalidité et décision sur son droit aux prestations de l'AI.

La chambre de céans a considéré que même si la récidive d'une synovite villonodulaire du genou droit, alléguée par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, n'impliquait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps, il y avait lieu de rappeler que selon le rapport établi par les EPI le 24 avril 2012, l'exercice d'une activité à plein temps, même adaptée, avait eu pour effet, après une semaine seulement, que le genou recommence à gonfler. Il avait été relevé que d'un point de vue médical, l'état était instable et que selon les médecins, malgré les opérations subies et à venir, la tumeur au niveau du genou avait tendance à revenir, de sorte qu'il était difficile de définir à quel moment son état pourrait se stabiliser. Aussi, même si aucune aggravation notable n'avait en l'état été mise en évidence sur la base des documents médicaux versés au dossier, il résultait de l'observation en atelier, laquelle s'était déroulée en grande partie postérieurement à l'arrêt du 17 janvier 2012, que le rendement de l'assuré dans une activité adaptée, exercée qui plus est à mi-temps seulement, ne dépassait pas 60%. Elle a rappelé que 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. Elle a ainsi jugé que l'assuré avait rendu l'aggravation de son état de santé plausible, et en a conclu que l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer notamment les conséquences des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail.

10. Faisant suite à cet arrêt, l'OAI a interrogé la doctoresse B_____, médecin-cheffe de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Celle-ci a répondu, par courrier du 15 septembre 2014, indiquant que l'assuré était connu pour une synovite villonodulaire diffuse du genou droit, ayant été opérée en février 2009, avec récidives ayant nécessité une seconde opération en juillet 2010, puis une troisième en mai 2014 lors de laquelle avait été effectuée une synovectomie totale du genou droit par arthrotomie antérieure et postérieure. Quatre mois après cette intervention, l'assuré récupérait progressivement ses mobilités articulaires, mais présentait une amyothrophie majeure de tout le membre inférieur droit, l'obligeant à marcher avec une canne. Dans ce contexte, il ne pourrait a priori pas reprendre son travail de déménageur. Une reconversion professionnelle et éventuellement un stage à la Clinique romande de réadaptation étaient préconisés d'ici quelques mois, la situation n'étant actuellement pas stabilisée.

11. Le docteur C_____, orthopédiste, a également été interrogé. Il a indiqué le 26 septembre 2014 que l'assuré souffrait d'une synovite villonodulaire du genou droit depuis 2008 et qu'il était incapable de travailler à 100% depuis le 7 février 2008

jusqu'à ce jour, précisant que le pronostic était mauvais et qu'il y avait « handicap à vie ! ».

12. Invité à se déterminer, le SMR a rappelé, le 17 octobre 2014, que selon la Dresse B_____, la situation n'était pas stabilisée. Il a dès lors suggéré qu'un nouveau rapport complet lui soit demandé.

13. Le 20 janvier 2015, la Dresse B_____ a informé l'OAI que suite à la dernière intervention du 13 mai 2014, des douleurs diffuses et une limitation fonctionnelle persistaient. Elle a ajouté que le risque de récidive était important. Elle a évalué l'incapacité de travail à 100% du 13 mai 2014 à ce jour pour une durée indéterminée, précisant que l'assuré ne pouvait pas rester en position statique debout ou assis et que le périmètre de marche était de quinze minutes au maximum. L'activité exercée n'était plus exigible. Une activité adaptée était possible, mais probablement à temps partiel, sans port de charges, dès mai 2015. Elle a proposé que soit mis en place un stage à la Clinique romande de réadaptation à Sion pour évaluer quelle reconversion professionnelle était possible, précisant que le patient était motivé.

14. Dans une note du 22 juin 2015, le SMR a indiqué, après avoir pris connaissance du rapport de la Dresse B_____ du 20 janvier 2015, ne pas comprendre les raisons médicales à la limitation de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée. Il a considéré qu'il était nécessaire de demander une expertise rhumatologique auprès du docteur D_____, médecin interne et rhumatologue FMH, dans le cadre du SMR.

15. Celui-ci a effectué un examen clinique rhumatologique le 12 octobre 2015, avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise.

    Il a retenu les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de :

    - synovite villonodulaire récidivante du genou droit, avec status après trois opérations, gonarthrose droite, tendinose fusiforme quadricipitale droite et status après ostéochondrite du condyle fémoral interne droit probablement séquellaire ;

    - talalgies droite dans le cadre de troubles statiques modérés des pieds ;

    - obésité.

    Il n'a noté aucun signe d'exagération des symptômes en cours d'entretien ou d'examen. L'assuré lui a paru par ailleurs tout à fait désireux de reprendre une activité professionnelle, ayant déjà fait des démarches pour devenir conducteur de taxi, bien qu'il ait constaté qu'il lui serait difficile de freiner avec son genou droit. Par ailleurs, il devrait apprendre un anglais basique, ce qui ne semblait pas l'effrayer, même s'il avait arrêté l'école au Portugal à l'âge de 10 ans déjà et même s'il ne maîtrisait pas le français.

Le Dr D_____ a enfin relevé que l'assuré avait des idées noires, se demandant à quoi cela servait de vivre, mais pas d'idées suicidaires, de sorte qu'il considérait que l'assuré avait « de bonnes ressources et une bonne intégration sociale ».

Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : « Favoriser un travail sédentaire sur la demi-journée. Nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de génuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus de 20 minutes. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de soulèvement ou de ports réguliers de charges d'un poids de plus de 8 kg ».

Dans l'activité habituelle de déménageur, la capacité de travail était nulle depuis le 7 février 2009. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était nulle du 7 février 2009 au 30 août 2010, entière du 30 août 2010 à début 2012, de 50% de début 2012 à mai 2014 et entière de mai à octobre 2014. À partir d'octobre 2014, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée.

16. Dans une note du 16 décembre 2015, le SMR a considéré que l'expertise du Dr D_____ était convaincante et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions, selon lesquelles la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de déménageur et de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

17. Le 15 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement sous forme de permis professionnel / transport professionnel de personnes TPP/B121 théorique du 9 avril au 8 juillet 2016. Cette prise en charge a été prolongée jusqu'au 30 avril 2017, accompagnée de cours intensifs de français du 23 janvier au 7 avril 2017.

18. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré le 11 mai 2017. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 47'361.- (soit le salaire annuel de déménageur 2010 réactualisé à 2016) et un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 31'227.-, selon l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS) pour l'année 2014, secteur privé, pour un homme exerçant dans le domaine du transport, dans une activité de niveau 2, sur la base d'un taux d'activité de 50%.

    Il a admis une réduction supplémentaire de 10% pour le revenu avec invalidité en raison du taux partiel d'occupation, considérant que les autres critères, tels que l'activité légère seule possible et les limitations fonctionnelles, étant déjà pris en compte dans l'avis du SMR, les années de service (moins de dix ans auprès du même employeur) et l'âge (l'assuré avait 37 ans et était détenteur d'un permis C) ne s'appliquaient pas dans cette situation.

    Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité inférieur à 40%.

19. Selon le rapport final du service de la réadaptation de l'OAI du 29 août 2017, l'assuré n'avait pas pu développer les compétences linguistiques et de compréhension pour réussir le permis B121, mais avait passé avec succès le B122, lequel lui suffisait pour confirmer son projet professionnel de chauffeur de bus scolaire. L'assuré avait déjà déposé son dossier professionnel en ce sens auprès du département de l'instruction publique (DIP) et du groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (GIAP). Aussi le mandat de réadaptation professionnelle avait-il été fermé et l'assuré se voyait-il proposer de s'inscrire au chômage.

20. Par décision du 10 janvier 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente du 1er mai au 31 juillet 2014 et le droit à une rente entière du 1er août au 31 décembre 2014, précisant que des mesures professionnelles complémentaires n'étaient pas indiquées. En revanche, du 1er décembre 2010 au 30 avril 2014 et à partir du 1er janvier 2015, ainsi qu'à l'issue de la mesure de reclassement professionnel, le droit à la rente ne lui était pas reconnu en raison de degrés d'invalidité insuffisants. Pour ce faire, il s'est fondé sur l'examen clinique rhumatologique du Dr D_____ du 12 octobre 2015, selon lequel la capacité de travail était nulle de mai à octobre 2014. Dès octobre 2014, soit six mois après l'intervention chirurgicale, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. L'OAI s'est également référé à la note du 16 décembre 2015 du SMR, retenant que dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail était de 50%. Il a relevé que le revenu effectivement réalisé ne pouvait pas être pris en compte pour fixer le salaire d'invalide, puisque l'assuré travaillait à 40% depuis le 1er octobre 2017 et qu'il ne mettait ainsi pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible de 50%. C'était la raison pour laquelle il s'était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Il a également retenu, après reclassement, la catégorie transports correspondant à l'ESS, alors que pour les périodes antérieures au reclassement professionnel, l'application de la ligne relative au domaine du transport ne se justifiait pas. Il a ajouté, s'agissant du taux d'abattement, que le fait que l'assuré ne maîtrisait pas la langue française ne constituait pas un motif de réduction, les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte, le reclassement avait été effectué avec succès et permettait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%.

21. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a partiellement admis par arrêt du 5 février 2019 (ATAS/91/2019), confirmant la décision en tant qu'elle portait sur le droit de l'assuré à un quart de rente du 1er mai au 31 juillet 2014 et a une rente entière du 1er août au 31 décembre 2014, l'annulant en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 décembre 2014 et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la capacité de travail à compter d'octobre 2014, le droit à une rente au-delà du 31 décembre 2014 et pour nouvelle décision.

    Elle a en substance considéré qu'il paraissait vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que l'assuré subisse des rechutes en raison de son activité de chauffeur, activité dans laquelle l'OAI l'avait reclassé. Il ressortait notamment du

rapport du 12 octobre 2015 du Dr D_____ que l'activité de chauffeur n'était pas tout à fait indiquée, au vu du fait que l'assuré devait utiliser son genou droit pour freiner, ce qui rendait difficile un tel métier et qu'une telle activité n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique. En outre, le Dr D_____ relevait que l'assuré arrivait à rester assis sans se lever pendant une demi-journée, mais qu'après ce laps de temps il avait beaucoup de difficultés à se lever et son genou droit était tuméfié.

22. En exécution de l'arrêt précité, l'OAI a interpellé l'assuré par pli du 18 avril 2019, afin qu'il lui communique des informations sur sa situation familiale, professionnelle et médicale depuis janvier 2015.

23. Le 30 avril 2019, l'employeur de l'assuré a adressé à l'assurance-accidents SUVA une déclaration de sinistre dans laquelle il expliquait que le 15 avril 2019, l'assuré s'était tordu le genou en descendant des escaliers.

    Un arrêt complet de travail a été prescrit dès le 17 avril 2019 par la doctoresse E_____, médecin cheffe au service de premier recours des HUG. Cet arrêt a par la suite été renouvelé à plusieurs reprises et jusqu'au 31 août 2019 par les docteurs F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et G_____ et H_____, médecins internes aux HUG.

24. Selon le rapport du 9 mai 2019 des doctoresses I_____ et J_____, radiologues aux HUG, l'IRM du genou droit avait mis en évidence des critères de micro instabilité de la lésion ostéochondrale condylienne fémorale interne avec apparition de lésions kystiques et d'un œdème osseux expliquant la symptomatologie douloureuse actuelle. La synovite villonodulaire pigmentée multifocale était stable avec des signes de synovite, de même que les autres lésions chondrales condyliennes internes stade 2-3.

25. Selon le rapport du 4 juin 2019 du docteur F_____, l'assuré avait subi le 29 mai 2019 une nouvelle intervention chirurgicale du genou droit, en raison d'une fracture ostéochondrale du condyle fémoral interne, intervenue le 15 avril 2019.

26. Par formulaire complété et transmis à l'OAI le 24 septembre 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir constaté, le 27 août 2019, une bonne évolution fonctionnelle, suite à l'opération du 29 mai 2019. À titre de restrictions fonctionnelles, l'assuré présentait une limitation de l'amplitude articulaire ainsi que des douleurs articulaires initiales et post-opératoires et devait éviter tout impact et port de charges lourdes. La capacité de travail était « à essayer » à 50% à partir du 1er septembre 2019.

    En outre, le Dr F_____ renvoyait à son rapport du 22 mars 2017, selon lequel l'assuré s'était à nouveau plaint, lors de la consultation du 15 mars 2017, de douleurs péri-patellaires et du creux poplité lors de l'activité quotidienne, mais également au repos ou à la simple mobilisation du genou. Le genou était alors non tuméfié avec une mobilité de flexion-extension à 90-0-0°, le [patella tracking] se montrait correct, de même que l'examen clinique au niveau stabilité et il n'y avait

pas de signe méniscal. La possibilité d'un traitement chirurgical était très limitée étant donné qu'il était à la troisième récidive post-opératoire.

27. Par rapport du 14 octobre 2019, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, en remplacement du Dr C_____, que l'assuré avait repris son travail le 1er septembre [2019] comme chauffeur à 40%, mais avait été licencié le 24 septembre [2019]. L'assuré décrivait une inflammation chronique de son genou droit survenant lors de la conduite prolongée et de la marche dépassant 30 minutes. Le traitement comprenait de l'Ibuprofène et du Dafalgan et il n'y avait pas de physiothérapie en cours. L'assuré était très démonstratif et boitait lors de la marche. Le genou droit était déformé et présentait un [épanchement intra-articulaire +, extension complète avec recurvatum symétrique de 15°, flexion maximale à droite de 110°, battement latéral +, symétrique]. Les diagnostics étaient une synovite villonodulaire et un status après fracture osthéochondrale du condyle interne du fémur droit. L'évolution de ces deux pathologies était défavorable, l'assuré était toujours symptomatique et le traitement était en mains des HUG. L'assuré ne pouvait pas marcher plus de 30 minutes, la conduite automobile était limitée, il ne pouvait ni se baisser, ni se relever, et encore moins avec des charges. L'assuré avait tenté une reprise de l'activité de chauffeur à 40%, qui s'était avérée pénible, mais néanmoins possible. À l'heure actuelle, cette activité semblait irréalisable à un taux supérieur. Il était possible d'imaginer une capacité de travail de 100% dans une activité épargnant complètement le genou et permettant à l'assuré de bouger son membre inférieur droit.

28. Par avis du 21 octobre 2019, le SMR a estimé, sur la base des rapports des Drs F_____ et K_____, qu'il fallait s'en tenir à ses conclusions précédentes et considérer que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et qu'elle était de 50% dans toute activité les respectant strictement (activités essentiellement sédentaires), hormis durant le mois post-opératoire, soit le mois de juin 2019.

29. Par projet de décision du 19 novembre 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014.

    Suite à l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 5 février 2019, l'OAI avait procédé à une instruction complémentaire pour examiner le droit à la rente au-delà du 31 décembre 2014. Or, après complément d'instruction médicale, il ressortait que ses précédentes conclusions restaient identiques, de sorte qu'il fallait considérer que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et qu'une capacité de travail de 50% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles restait toujours admise. La perte de gain était donc équivalente à 34%, soit un taux inférieur au 40% ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

30. Le 9 janvier 2020, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. L'OAI ne pouvait pas confirmer sa position puisqu'il avait subi de nombreuses rechutes et une

nouvelle intervention chirurgicale le 29 mai 2019. Sa situation n'avait donc pas évolué favorablement. Le Dr K_____ avait constaté une déformation du genou droit, ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et, selon lui, l'évolution était défavorable et la conduite automobile était limitée, de sorte que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle à plus de 40% en qualité de chauffeur. Bien que le Dr F_____ avait considéré qu'il pourrait reprendre son activité dès le 1er septembre 2019 et qu'il avait effectivement repris son travail à cette date, en raison de nombreuses absences liées à ses problèmes de santé, il avait perdu son emploi. En outre, à la suite de cette reprise, il avait subi une nouvelle aggravation de son état de santé. Les premières constatations recueillies auprès de ses médecins suite à l'IRM effectuée en décembre 2019, étaient qu'il n'y avait plus aucune mesure chirurgicale qui pouvait être proposée et seule la pose d'une prothèse pourrait améliorer ses importantes limitations fonctionnelles. Il requérait un complément d'instruction quant aux constations tirées des examens effectués en décembre 2019 et indiquait être disposé à effectuer de nouvelles mesures de reclassement, puisque l'activité de chauffeur n'était clairement plus adaptée.

31. Par courrier du 5 février 2020, l'assuré a produit une copie du rapport IRM du 2 décembre 2019 des docteurs L_____ et M_____, radiologues aux HUG. Selon les conclusions de ce rapport, l'assuré présentait un status post-résection de fragment ostéochondral instable du condyle fémoral interne avec chondropathie de grade IV résiduel à ce niveau, s'étendant sur 13 mm sur le plan coronal. L'œdème osseux adjacent avait disparu. La synovite villonodulaire multifocale était globalement stable, de même que les autres lésions chondrales condyliennes internes et fémoro-patellaire.

32. Par avis du 11 mars 2020, le SMR a estimé que ce rapport d'IRM confirmait la stabilité des atteintes avec une résorption de l'œdème osseux, de même que l'amélioration de la répercussion au niveau osseux. Il fallait ainsi s'en tenir aux conclusions précédentes des avis du SMR des 21 octobre 2019 et 16 décembre 2015.

33. Par avis du 24 mars 2020, le service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités simples et légères, accessibles sans aucune formation particulière et respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, tels que surveillant de cantines scolaires, ouvrier sériel à l'établi, polisseur, emboîteur, contrôleur en salle blanche dans l'industrie légère, coursier, etc., et que des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage.

34. Par décision du 28 avril 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, rejetant la demande de prestations de l'assuré au-delà du 31 décembre 2014.

35. Par acte du 2 juin 2020, le recourant a, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjeté recours contre cette décision. Il a préalablement conclu à ce que soit ordonnée une expertise orthopédique et rhumatologique indiquant clairement

l'évolution et les fluctuations de son état de santé et leur influence sur sa capacité de travail dans l'activité adaptée et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 1er janvier 2015 à ce jour, étant précisé que l'incapacité de travail avait peut-être fluctué durant cette période et jusqu'à ce jour. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelles mesures d'instruction et décision dans le sens des considérants.

Contrairement à ce qui avait été ordonné par la chambre de céans par arrêt ATAS/91/2019 du 5 février 2019, l'intimé n'avait pas suffisamment investigué la question de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles depuis mai 2014 et son évolution jusqu'à ce jour.

Suite à son intervention de mai 2014, la Dresse B_____ avait estimé qu'une longue récupération était nécessaire et que l'on ne pouvait pas retenir de capacité de travail avant mai 2015. En réalité, en mai 2015 il n'avait toujours pas récupéré, puisqu'il se déplaçait encore au moyen de béquilles, devait régulièrement subir des ponctions de genou et suivre des séances de physiothérapie, avait séjourné plusieurs fois à l'hôpital et dû porter régulièrement une atèle, l'incapacitant ainsi dans toute activité professionnelle, même adaptée et à temps partiel. Le Dr D_____ ne motivait pas dans son rapport d'expertise pourquoi le mois d'octobre devait être retenu comme la date à laquelle il avait récupéré 50% de sa capacité de travail. Au contraire, les quelques éléments médicaux attestaient d'une récidive à cette période, qui s'était même aggravée jusqu'à l'IRM du 25 janvier 2017. Il avait retrouvé un emploi en tant que chauffeur depuis le mois d'octobre 2017, mais ses limitations fonctionnelles l'avaient empêché de travailler à plus de 40% et à la suite de nombreuses absences liées à son état de santé, il avait perdu cet emploi en septembre 2019. Il avait par la suite retrouvé du travail en qualité de magasinier, mais avait récemment perdu cet emploi en raison de la crise économique liée à la pandémie. Diverses aggravations de son état de santé avaient été constatées depuis 2018, mais n'avaient pas été correctement prises en considération par l'intimé. Malgré tous ses efforts, ses rechutes compromettaient sévèrement sa réinsertion dans le marché du travail.

En outre, l'intimé lui avait nié à tort le droit à des mesure d'ordre professionnel, puisque l'activité pour laquelle il avait financé sa reconversion en qualité de chauffeur professionnel n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Enfin, il fallait retenir le revenu effectivement réalisé à titre de revenu avec invalidité et non un revenu hypothétique.

36. Par réponse du 13 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire et le recourant ne remplissait manifestement pas les conditions à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

37. Le 16 novembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le SMR n'avait pas tenu compte de son incapacité de travail entre le 29 mai et le 1er septembre 2019, se contentant de retenir une incapacité d'un mois post-opératoire, ce qui allait à l'encontre des certificats émanant des chirurgiens et médecins traitants. Bien que le Dr K_____ ait confirmé qu'il ne pouvait pas exercer l'activité de chauffeur au-delà de 40%, le SMR retenait que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité adaptée ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et de 50% dans toute activité les respectant strictement. L'instruction complémentaire par l'intimé était lacunaire. On ne trouvait notamment aucun document étayé permettant de répondre de manière claire à la question de savoir si l'activité de chauffeur - pour laquelle l'intimé l'avait reclassé - était adaptée. En outre, depuis son licenciement à la fin de l'année 2019, il n'avait pas pu reprendre ladite activité. Suite à l'instruction menée par l'intimé, plusieurs questions sur son état de santé, essentielles pour déterminer son degré d'invalidité et son droit à la rente, demeuraient sans réponse, de sorte qu'il s'étonnait que l'intimé n'ait pas jugé bon d'ordonner une expertise orthopédique et rhumatologique.

38. Dans sa duplique du 7 décembre 2020, l'intimé a maintenu sa position, considérant que son instruction avait été menée à satisfaction de droit.

39. Le 29 juin 2021, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise orthopédique et rhumatologique et leur a communiqué le nom des experts, soit la Doctoresse N_____, orthopédiste FMH, et le docteur O_____, rhumatologue FMH, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser. Elle a imparti aux parties un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

40. Le 13 juillet 2021, l'OAI a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation, ni de questions supplémentaires à poser. Quant au recourant, il ne s'est pas manifesté.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA ; art. 17 al. 3 LPA).

   En l'espèce, la décision sur opposition a été notifiée le 30 avril 2020, de sorte que le délai de recours échoyait en principe le 31 mai 2020. Toutefois, comme le 31 mai 2020 était un dimanche et le 1er juin 2020 (lundi de Pentecôte) était légalement férié (art. 1 al. 1 let. e de la loi sur les jours fériés du 3 novembre 1951 [LJF - J 1 45]), le terme du délai de recours a été reporté au 2 juin 2020. Déposé à cette date, le recours a été interjeté en temps utile. Satisfaisant par ailleurs aux exigences formelles prescrites par la loi, il est recevable (art. 89B LPA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014, plus particulièrement sur la capacité de travail depuis octobre 2014.

6. a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

   b. À teneur de l'art. 87 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 (al. 2).

   Lorsqu'un assuré est déjà au bénéfice d'une rente, sa demande doit être qualifiée de demande de révision et non de nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 142/06 du 25 octobre 2006 consid. 3.1). Cela étant, la distinction opérée est avant tout théorique dès lors que l'alinéa 3 de l'art. 87 RAI renvoie aux conditions de l'alinéa 2 de cette même disposition et que la jurisprudence applique par analogie les principes développés en matière de nouvelle demande à l'entrée en matière sur la demande de révision (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 392 ch. 2.2 et les références citées). Dans un cas comme dans l'autre, les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (qui reprend pour l'essentiel l'art. 87 al. 3 et 4 RAI en vigueur jusqu'au

31 décembre 2011) ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

c. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. 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. 28 al. 2 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

9. 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. 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).

10. 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.

a. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

c. Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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).

d. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

e. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

11. 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). 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. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également 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).

12. a. En l'espèce, l'intimé a nié le droit à la rente dès janvier 2015, estimant que la capacité de travail est nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles et de 50% dans toutes activités les respectant strictement, sous réserve de la période post-opératoire du mois de juin 2019. Il s'est fondé sur l'avis du 21 octobre 2019 du SMR.

    b. Le recourant allègue quant à lui que l'intimé n'a pas suffisamment instruit la question de sa capacité de travail et de son évolution. Il estime avoir subi de nombreuses rechutes qui n'ont pas été prises en compte par l'intimé.

13. a. En l'occurrence, en rendant sa décision du 10 janvier 2018, l'intimé a reconnu au recourant le droit à un quart de rente du 1er mai au 31 juillet 2014 et à une rente entière du 1er août au 31 décembre 2014. Il niait en revanche le droit à toute rente à partir du 1er janvier 2015, retenant - sur la base des conclusions de l'expertise du Dr D_____ - que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée dès octobre 2014, de sorte que les degrés d'invalidité retenus étaient insuffisants à l'octroi d'une rente.

    La chambre de céans avait alors annulé cette décision, estimant que l'expertise du Dr D_____ avait pleine valeur probante, mais qu'il paraissait néanmoins vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que le recourant subisse des rechutes en raison de son activité de chauffeur dans laquelle l'intimé l'avait reclassé. Elle a ainsi renvoyé le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sur la capacité de travail à compter d'octobre 2014.

    b. Dans le cadre de l'actuelle procédure, l'intimé s'est donc fondé sur l'avis du SMR, lequel a estimé qu'il fallait s'en tenir à ses précédentes conclusions, à savoir que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et de 50% dans toute activité les respectant

strictement, hormis durant le mois de juin 2019, période post-opératoire. Il indique s'être basé sur les rapports des Drs F_____ et K_____ pour rendre son avis.

Le Dr F_____, dans son rapport transmis à l'intimé le 24 septembre 2019, a constaté une bonne évolution suite à l'opération du 29 mai 2019, indiquant néanmoins que le recourant présentait une limitation de l'amplitude articulaire, des douleurs articulaires initiales et post-opératoires et devait éviter tout impact et port de charges lourdes. Il a estimé que la capacité de travail était de 50%, en précisant « à essayer » à partir du 1er septembre 2019. Il a également renvoyé l'intimé a son rapport de consultation du 22 mars 2017, lequel n'indique pas expressément la capacité de travail à ce moment-là, mais précise que la possibilité d'un traitement chirurgical est très limitée étant donné que le recourant était à la troisième récidive post-opératoire.

Le Dr K_____ a quant à lui estimé dans son rapport du 14 octobre 2019 que l'activité de chauffeur semblait à l'heure actuelle irréalisable à un taux supérieur à 40%, mais qu'il était possible d'imaginer une capacité de travail de 100% dans une activité épargnant complètement le genou et lui permettant de bouger son membre inférieur droit. Il a précisé que le recourant avait repris son activité de chauffeur à 40% le 1er septembre 2019 et que cette reprise s'était avérée pénible, mais possible. Il a également indiqué que l'évolution des pathologies de synovite villonodulaire et de status après fracture osthéochondrale du condyle interne du fémur droit, était défavorable, que le recourant était toujours symptomatique et que le traitement était entre les mains des HUG. Selon le Dr K_____, le recourant ne pouvait ni se baisser, ni se relever, et encore moins avec des charges, il ne pouvait pas marcher plus de 30 minutes et la conduite automobile était limitée.

Ainsi, la chambre de céans remarque en premier lieu que ces deux médecins traitants ne parviennent pas tout à fait aux mêmes conclusions, puisque selon le Dr F_____ le recourant pouvait tenter de reprendre une activité à 50% dès le 1er septembre 2019, tandis que le Dr K_____ parle d'une capacité de travail en octobre 2019 de 40% maximum dans l'activité de chauffeur et de 100% dans une activité épargnant complètement le genou et lui permettant de bouger son membre inférieur droit.

Force est ensuite de constater, qu'en estimant que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et de 50% dans toute activité les respectant strictement, hormis durant le mois de juin 2019, le SMR s'est en réalité écarté tant des conclusions du Dr F_____ que de celles du Dr K_____, et ce, sans apporter de plus amples explications, indiquant simplement qu'il se justifiait de maintenir ses précédentes conclusions.

c. La chambre de céans constate également que suite à son arrêt ATAS/91/2019, aucun nouveau rapport au dossier ne répond expressément à la question de savoir quelle était la capacité de travail du recourant depuis octobre 2014, ni son

évolution. Or, comme déjà souligné dans l'arrêt précité, il apparait, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ait subi des rechutes, preuve en est du reste le nouveau traumatisme au genou en avril 2019, lequel a nécessité une opération le 27 mai 2019.

d. En outre, suite à cette opération, un arrêt complet de travail a été prescrit au recourant jusqu'au 31 août 2019 et le Dr F_____ a estimé qu'avant le 1er septembre 2019 la capacité de travail était nulle, ce qui n'est d'ailleurs pas remis en question par le Dr K_____. Aussi s'étonne-t-on du fait que le SMR s'écarte des conclusions du Dr F_____ s'agissant de la période post-opératoire, estimant qu'une période d'un mois suite à l'opération serait suffisante pour récupérer sa capacité de travail.

e. Enfin, on ne comprend pas si l'activité de chauffeur, dans laquelle l'intimé a reclassé le recourant, est adaptée ou non à ses limitations fonctionnelles.

f. Dans ces conditions, on ne peut que constater que les éléments au dossier ne permettent toujours pas à la chambre de céans de trancher le droit aux prestations du recourant dès janvier 2015.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210). Il se justifie en l'occurrence d'ordonner une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et rhumatologique), tant les deux volets paraissent imbriqués.

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise orthopédique et rhumatologique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs N_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, Hôpital de La Tour, avenue J.-D. Maillard 3, à Meyrin, et O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, Centre médical de Cressy, route de Loëx 99, à Confignon.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

   C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge les experts d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 1er octobre 2014 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.3.4 L'activité de chauffeur, dans laquelle la personne expertisée a été reclassée, est-elle adaptée ?

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1er octobre 2014 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ de septembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K_____ du 14 octobre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

G. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière La présidente

Nathalie LOCHER Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le