

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1894/2008

ATAS/474/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre

du 4 mai 2010

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à CHENE-BOURG, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 et titulaire d'un certificat fédéral de monteur-électricien, a été victime d'un accident de travail le 22 février 1999, à la suite duquel il a présenté une incapacité totale de travail en raison d'une atteinte au genou droit. Employé à cette époque auprès du X _____ comme chef du service technique pour un salaire annuel brut de 84'500 fr (6'500 fr x 13), il a été licencié avec effet au 31 janvier 2000. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Winterthur Assurances, assurance-accidents (ci-après: l'assurance-accidents).
2. Il s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi le 1er février 2000, date à partir de laquelle il a perçu des indemnités de chômage.
3. Le 15 mai 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui dénommé Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Sa demande tendait à l'obtention d'une mesure d'orientation professionnelle, d'un placement ou d'une rente.
4. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, les rapports médicaux suivants ont été recueillis:
 - Le Dr A _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une gonarthrose au genou droit avec instabilité importante. Il a attesté d'une incapacité totale de travail dès août 2000 dans l'activité exercée, mais d'une capacité totale de travail dans une activité de bureau (informatique ou électronique), avec alternance de positions et petits déplacements (rapport du 26 juin 2001).
 - Le Dr B _____, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale interne varisante du genou droit, une arthrose fémoro-patellaire grade II et III du genou droit, une arthrose fémoro tibiale externe droite, un status post-arthrite-septique du genou droit après AMO vis fémorale et instabilité antérieure. Au titre des limitations fonctionnelles, il a mentionné la nécessité de pouvoir alterner les positions, le port de charges limité à 5 kg et de n'effectuer que des déplacements de courte distance. Seule une activité sédentaire était envisageable, ce à raison de 8 heures par jour (rapport du 2 janvier 2003).
5. Par courrier du 25 mai 2001, l'OAI a en outre demandé à l'assurance-accidents de lui transmettre le dossier constitué par ses soins, ce qui fut fait le 13 juin 2001.
6. Les certificats établis dans ce cadre par le Dr. A _____, en date des 8 août et 14 octobre 1999, font état d'une rupture de plastie du genou droit sur traumatisme plastie datant de juin 1996 (ayant occasionné une première plastie), puis suite à l'accident de 1999, d'une instabilité rotatoire majeure du même genou (deuxième récurrence) nécessitant une nouvelle plastie LCA (ligament croisé antérieur), laquelle a eu lieu en août 1999.

7. Par communication du 1^{er} novembre 2002, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il avait droit à une orientation professionnelle, ainsi qu'à des mesures de réadaptation.

Ces mesures d'ordre professionnel ont eu lieu de mai 2003 à octobre 2007 et l'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières calculées sur la base d'un montant déterminant de 84'500.- fr., puis de 88'400.- fr.

Un stage d'évaluation a en particulier débuté auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP) le 26 mai 2003 et a pris fin le 22 juin 2003. Le 8 juillet 2003, le CIP a rendu son rapport et a conclu à une capacité résiduelle de travail de 80% (80% de rendement sur un temps plein), après une période d'adaptation, dans un emploi léger, principalement en position assise mais avec la possibilité d'en changer, dans le circuit économique ordinaire. Les métiers retenus ont été celui de dessinateur-électricien et dessinateur en bâtiment, ceux du secteur tertiaire (dans l'informatique), voire des métiers dits "sociaux".

8. En date du 10 janvier 2003, l'assurance-accidents a transmis à l'OAI le rapport d'expertise établi le 4 novembre 2002 par le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Diagnostiquant une gonarthrose du genou droit et une instabilité importante de ce même genou avec insuffisance du ligament croisé, le Dr C _____ a indiqué que le patient était incapable de travailler dans son ancienne profession d'électricien ou comme chef d'un service technique, son état de santé commandant une alternance de positions, peu d'activités physiques (pas de montée et descente d'escaliers ou d'échelles) et pas de port de charges. Par contre, après une réadaptation professionnelle, une activité tenant compte de ces limitations pourrait être exercée à un taux de 65 à 70%. Observant que l'état de santé était actuellement stabilisé, le Dr C _____ a toutefois relevé qu'il n'était pas impossible qu'une rechute intervienne à l'avenir. Il fallait compter avec une probable aggravation dont il était impossible de prévoir l'éventuelle survenance; il convenait donc de réviser le cas dans trois ans.
9. Par décision du 25 août 2003, l'OAI a octroyé une nouvelle mesure d'orientation professionnelle à l'assuré auprès de l'Atelier Espace du CIP, pour la période du 28 juillet 2003 au 26 octobre 2003.
10. Le 24 décembre 2003, l'Atelier Espace a rendu son rapport. L'assuré pouvait être réadapté dans un emploi en position majoritairement assise, sans port de charges, à plein temps, avec un rendement de 80%. Les métiers suivants étaient en outre théoriquement possibles : gestionnaire-administrateur de réseaux, télématicien, informaticien de gestion, infographiste, métiers sociaux. Ils impliquaient une formation auprès d'une école pour adultes du type IFAGE d'une durée de deux à quatre ans. Toutefois, en raison du discours ambivalent de l'assuré quant à son orientation, de son besoin exprimé d'un soutien psychologique et de ses problèmes personnels, en particulier financiers, l'Atelier Espace préconisait une "évaluation théorique du dossier", relevant que les chances de réadaptation étaient réduites.

11. L'OAI a poursuivi l'instruction du dossier sous l'angle d'une éventuelle atteinte à la santé psychique de l'assuré et les avis médicaux suivants ont été recueillis :
 - La Dresse D _____, médecin-traitant de l'assuré, a indiqué avoir diagnostiqué depuis 2001 un état dépressivo-anxieux majeur (rapport du 8 janvier 2004);
 - Le Dr E _____, médecin interniste au département de psychiatrie, a indiqué avoir suivi l'assuré du 1^{er} au 8 décembre 2003.
12. En date du 24 août 2004, Madame T _____, psychologue diplômée suivant l'assuré depuis le mois de mai 2004, a rendu un rapport, contresigné par la Dresse F _____, psychiatre, et visant à évaluer les possibilités d'une réadaptation. Elle a constaté un trouble de l'adaptation persistant, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10: F43.22), ce trouble nuisant fréquemment à la communication, à la coopération et à la compliance avec les procédures et s'associant à un effondrement de l'estime de soi. L'assuré était très désireux de retravailler. Elle a néanmoins indiqué qu'une adaptation était possible moyennant certaines conditions, à savoir une activité variée, intéressante et valorisante (enseignement à autrui), exercée à temps partiel. Il convenait en outre de prévoir un traitement tant pour réduire la douleur que pour reconstruire l'estime de soi.
13. Le 30 août 2004, le Dr. G _____ a préconisé une formation en informatique, l'assuré s'y intéressant et disposant des aptitudes intellectuelles.
14. Par rapport du 5 octobre 2004, la division de réadaptation professionnelle (ci-après : la division de réadaptation) a proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel, en qualité de spécialiste Help Desk informatique, mesure comprenant la prise en charge de cours Help Desk niveau I auprès d'Idform, de cours d'anglais intensif débutant auprès de l'IFAGE et, par la suite, d'un stage en entreprise. Il était toutefois relevé que, selon l'ESS, un informaticien (29), de niveau 4 (activité simple et répétitive) pouvait percevoir un salaire de Fr. 79'103.- annuels (année 2003), alors que le salaire de l'assuré s'était monté en 2003 à Fr. 88'400.-. En temps voulu, serait donc évaluée la possibilité d'envisager une formation de niveau supérieur en fonction des aptitudes de l'assuré et des perspectives de gain.
15. Par décision du même jour, l'OAI a donc mis l'assuré au bénéfice d'un reclassement professionnel en qualité de spécialiste Help desk I auprès d'Id Form, avec des cours d'anglais intensif débutant auprès de l'IFAGE. Ce reclassement s'est prolongé par une formation de spécialiste Help Desk I et II auprès de l'école IT Training Academy (ITTA), ainsi que par des cours d'anglais intensif débutant 2 (décisions des 9 février, 1^{er} avril, 18 juillet et 24 novembre 2005).
16. Par courrier du 5 août 2005, Madame. T _____ a fait part de son inquiétude à l'OAI quant aux modalités de "reconversion" de son patient. Elle a en particulier relevé, que, depuis son hospitalisation de fin 2004, son patient - outre qu'il avait dû rattraper des cours - était confronté à un rythme soutenu de travail dans des conditions difficiles (manque de matériel, contrat établis à court terme générant une

incertitude et un stress), ce au détriment des activités prescrites par ses médecins (physiothérapie, piscine). Par ailleurs, le degré d'attention requis par cette formation ne permettait pas la prise des doses prescrites d'antidouleur, de sorte que son patient ne pouvait plus soulager sa douleur au genou. Cette douleur non soulagée engendrait ainsi un état de fatigue, de tristesse et d'irritabilité chez son patient. Au vu de ces constatations, Madame T_____ proposait les aménagements suivants : mise en place d'un "programme de reconversion sur le long terme"; prise en compte des douleurs et du handicap, information claire dispensée à l'assuré quant à ses responsabilités dans la conduite des stages et évaluation des besoins en matériel et en général.

17. A la fin du mois de janvier 2006, la Dresse H_____, médecin répondant auprès de Médicentre Balexert et médecin en rééducation, a sollicité une nouvelle évaluation des capacités professionnelles de l'assuré, observant que la formation suivie - impliquant des dépannages sur place, avec transport de matériel et recours à des positions difficiles - n'était pas adaptée à son état de santé. Il était préférable d'envisager un travail plus sédentaire.
18. Faisant suite à une demande de l'OAI, la Dresse H_____ a, par courrier du 7 mars 2006, indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, d'abord suite à l'opération survenue à la fin 2004 pour une diverticulite sigmoïdienne, puis en raison d'une détérioration progressive du genou tant sur le plan algique que sur le plan fonctionnel. Actuellement, les limitations fonctionnelles résidaient dans la marche pour des moyennes et longues distances, l'assuré se déplaçant à l'aide d'une canne et étant limité dans le mouvement de flexion du genou. Enfin, la Dresse H_____ a confirmé que son patient serait opéré prochainement, ce qui améliorerait sa mobilité; il s'en suivrait cependant une période de convalescence de 60 jours.
19. En date des 7 et 10 mars 2006, la Dresse H_____ a rendu des rapports selon lesquels l'état de santé de son patient était stationnaire depuis le début de la prise en charge en décembre 2005. Seule une activité sédentaire, limitant le port de charges et les déplacements, pouvait être envisagée à un taux d'activité de 80%. Dans le domaine de l'informatique, une attention toute particulière devait donc être portée au cahier des charges de l'entreprise.
20. Toujours sur demande de l'OAI, la Dresse H_____ a également transmis un compte-rendu opératoire. Suite à l'intervention chirurgicale qu'il avait subie, son patient avait été en incapacité totale d'étudier du 25 avril au 15 mai (2 jours d'hospitalisation puis une période postopératoire de convalescence), puis du 25 mai au 15 juin en raison de douleurs abdominales. Hors ces périodes, la capacité d'étudier se montait à 60% en raison des douleurs postopératoires et des traitements de physiothérapie prescrits. Cela étant, la capacité de travail dans une activité adaptée serait totale à l'issue de la période de convalescence de trois mois au minimum. L'assuré ne souffrait en outre d'aucun trouble psychique significatif.

21. Par courrier du 14 juin 2006, constatant que l'assuré avait échoué à l'examen "Word" et qu'il ne s'était présenté à aucune autre certification dans le cadre de sa formation, l'OAI l'a convoqué, sans succès, à un bilan de compétences auprès de l'IFAGE dans le but d'une mise au point sur ses compétences et ses aptitudes.
22. Le 3 juillet 2006, l'assuré a rappelé à l'OAI qu'il avait subi une première hospitalisation du 11 au 20 décembre 2004, ensuite de quoi il avait été en incapacité de travail jusqu'au 20 février 2005. Il n'avait donc pas été en mesure de suivre les cours dispensés pendant cette période par ID Form. La reprise de sa formation auprès de l'école IT Training Académie (ITTA) avait comporté des cours de rattrapage. Cette période de formation avait toutefois été entravée par des problèmes de concentration et en raison de douleurs abdominales en lien avec la prise d'antidouleurs. Il avait en outre subi une nouvelle intervention chirurgicale en avril 2005, suivie d'une période d'incapacité totale de travail. A présent, il lui incombait de se soumettre à quatre examens ("Word"; "Excel"; "Word niveau expert"; "Excel niveau expert") et de suivre des cours "Outlook", "Power Point" et "Access", de préférence chez IFAGE. Il indiquait finalement souhaiter suivre une formation en spécialiste bureautique auprès de l'IFAGE en lieu et place de la formation Help Desk I, qui n'offrait aucun débouché, et de celle de Help Desk II, qui n'était pas compatible avec son état de santé.
23. Par avis du 3 août 2006, le Dr I_____, médecin auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), s'est interrogé sur les échecs systématiques d'acquisition de connaissances de l'assuré, ainsi que sur son attitude oppositionnelle. Il a préconisé une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré et identifier cas échéant les éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.
24. Un bilan de compétences a été finalement effectué le 24 novembre 2006. Dans ce cadre, il a d'abord été relevé que l'assuré ne disposait pas des pré-requis nécessaires (Windows, Word, Excel). S'agissant de la formation Help Desk niveau I, l'assuré ne bénéficiait en effet que de connaissances légères en traitement de texte et peut-être trop limitées en utilisation du système d'exploitation. S'agissant du niveau II, ses connaissances étaient insuffisantes en bureautique, l'assuré n'ayant par ailleurs pas pu suivre la bureautique dans la première formation.

A présent, en bureautique, ses connaissances étaient celles d'un utilisateur « normal » avec un manque évident de connaissances du logiciel Power Point. Pour acquérir le niveau recherché de « Super Utilisateur », l'assuré devait travailler Word et Excel en version avancée, Power Point, les bases d'Access et Outlook en version entreprise connectée à un serveur Exchange. En technique, l'assuré possédait les connaissances d'un « Super Utilisateur » ou d'un Help Desk, néanmoins avec certaines lacunes dans l'utilisation de certaines fonctions de base, telles les réseaux et le hardware.

Enfin, outre que le fait de n'avoir présenté et obtenu qu'un seul certificat Microsoft Mos depuis le début de la formation était un maigre résultat, cela était insuffisant pour le métier envisagé, les connaissances acquises en informatique étant basiques. Il restait néanmoins un potentiel à développer en matière informatique, à condition d'un sérieux investissement personnel en temps et en effort. En définitive, la motivation de l'assuré devait être réévaluée, ce dernier se montrant certes investi dans l'idée d'occuper un poste lié à l'informatique, mais plutôt avec une composante administrative à la base. Cet aspect devait donc être approfondi.

25. Par communication du 11 décembre 2006, l'OAI a informé l'assuré que la prise en charge des frais afférents au reclassement se poursuivait. Au vu de la volonté de l'assuré de poursuivre sa formation dans le secteur informatique en tant que spécialiste bureautique (et non plus en tant que Help Desk), il lui incombait d'effectuer un stage en entreprise, le titre de spécialiste en bureautique n'étant pas un métier en soi mais un outil supplémentaire à faire valoir dans le secteur administratif.
26. Par certificat du 30 janvier 2007, le Dr J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier pourrait trouver un emploi sédentaire en position assise, n'impliquant ni déplacement, ni montée ou descente d'escalier, ni port de charges. En respectant ces limitations, le taux d'activité pourrait être de 100%. Il a ajouté que l'assuré semblait motivé et positif pour une réinsertion professionnelle adéquate, mais que dans ce cadre, il ne pouvait pas lui être imposé de prendre fréquemment les transports publics, le fait de monter et descendre du bus sollicitant trop son genou.
27. L'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: la PMU). Le rapport d'expertise a été rendu le 13 mars 2007. Il comprend une anamnèse, des constatations objectives, des examens para-cliniques ainsi que les résultats de deux consultations spécialisées auprès des Drs K_____, psychiatre, et L_____, orthopédiste, et d'un examen psychologique (Rorschach, TAT) conduit par Madame. U_____, psychologue.

Depuis 2002 (date de l'expertise auprès du Dr C_____), tant les douleurs (au genou droit et au dos) que les limitations avaient augmenté, nécessitant la prise d'antalgique à dose élevée. Cela étant, depuis 2006, avec une reprise opératoire (toiletage arthroscopique) en avril 2006, le niveau des douleurs et l'ampleur des limitations avaient été ramenés à un niveau identique à 2002, moyennant la prise d'antalgiques.

Sur le plan orthopédique, les experts ont retenu les diagnostics suivants comme ayant une influence essentielle sur la capacité de travail : gonarthrose tri-compartimentale droite (prédominance interne varisante), status post-ligamentoplastie itérative au niveau du genou droit, et status post-arthrite septique

secondaire du genou droit, actuellement guérie. Aucune atteinte au rachis n'a été relevée.

Sur le plan psychiatrique, ils ont noté un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, également en rémission. Ces troubles psychologiques n'avaient toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail, l'assuré estimant pour sa part se porter bien psychologiquement et n'exprimant pas le besoin d'être suivi.

En conséquence, les experts ont admis que les limitations étaient principalement en relation avec la problématique orthopédique, laquelle ne permettait que des activités professionnelles en position assise, pouvant être prolongées, mais nécessitant un changement de position occasionnel. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail était nulle. En revanche, dans une activité adaptée, respectant les limitations dues à l'atteinte à la santé, à savoir une activité en position assise, avec possibilité de changement de position occasionnel, sans port de charges et sans marche prolongée, ni descente et montée d'escaliers, la capacité de travail était de l'ordre de 80% au total (ou capacité de travail pleine avec un rendement à 80%).

Enfin, aucune contre-indication à l'usage des transports publics ne pouvait être retenue, étant rappelé que ces derniers étaient adaptés aux personnes handicapées.

28. Par communication du 30 mars 2007, l'OAI a indiqué poursuivre la prise en charge d'une formation en duale auprès de l'IFAGE et en entreprise, plus particulièrement une formation ECDL complète (en lieu et place de celle de spécialiste en bureautique Microsoft initialement prévue mais plus dispensée à l'IFAGE) et un stage auprès de Foyer Handicap.
29. Le Dr. M _____, médecin-chef adjoint au SMR, a rendu un rapport d'examen le 6 juillet 2007. Il a relevé que les conclusions de l'expertise COMAI du 13 mars 2007, selon lesquelles la capacité de travail était entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%, ce dès janvier 2007, devaient être retenues.
30. Entre juin et octobre 2007, l'assuré a réussi avec succès les examens suivants: Power Point, Module, Mos, ECDL, ECDL Advanced, Excel Avancé.
31. Par courrier du 8 novembre 2007, l'assuré a informé l'OAI avoir réussi tous ses examens en informatique et obtenu la certification ECDL complète. Il souhaitait toutefois effectuer un complément de formation en pédagogie à Lausanne, au sein de l'Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle (ci-après: IFFP) en vue de l'obtention du certificat FSEA I, la prochaine session des cours était prévue pour le mois de février 2008.
32. Le 16 novembre 2007, complétant son courrier du 8 novembre 2007, l'assuré a indiqué à l'OAI avoir obtenu les certificats afférant à la réussite de ses examens de formation ECDL. Il entendait se présenter d'ici à fin février 2008 aux quatre examens en vue de l'obtention du diplôme Master Microsoft dont la préparation

s'effectuait à domicile. Le diplôme en question représentait un aboutissement logique dans la formation qu'il avait suivie en ce sens qu'elle était davantage considérée sur le marché que le diplôme ECDL, et partant, lui garantirait une meilleure consolidation du retour dans la vie professionnelle. La formation pédagogique souhaitée, en vue du certificat FSEA I, constituait par ailleurs une condition indispensable à son orientation professionnelle vers une activité de formateur d'adultes en informatique.

A l'appui de sa demande, l'assuré a produit une attestation de la Fondation Foyer Handicap au sein de laquelle il effectuait un stage de formateur. Ce document attestait de son intérêt, de son investissement, ainsi que de ses capacités d'apprentissage en informatique. Était jointe également à son courrier une documentation de l'IFFP relative au certificat FSEA I. Il concluait dès lors à une prise en charge par le versement d'indemnités journalières, pour la période du 1^{er} novembre 2007 jusqu'au début des cours FSEA I, et durant la période de formation, ainsi qu'au financement du coût de la formation, année scolaire 2008/2009, au sein de l'IFFP, en vue de l'obtention du certificat FSEA I (10'600 fr.).

33. Par rapport du 27 novembre 2007, la division de réadaptation a indiqué que le reclassement de l'assuré pouvait être considéré comme terminé. Après avoir renoncé à la poursuite de sa formation en bureautique en tant que spécialiste Help Desk et à présent au bénéfice d'une certification ECDL (European Computer Driving License, programme de certification leader sur le marché international en termes de compétences informatiques servant de repère global pour mesurer les compétences des utilisateurs en informatique), l'assuré était en effet à même de mettre en valeur la capacité de travail médicalement attestée de 80% dans une activité de type administratif adaptée à ses limitations (position assise avec possibilité d'en changer, pas de port de charge de 10 kg, pas de distance à pied à parcourir sur plus de 500 mètres, pas de montée ni de descente d'escalier, pas d'utilisation d'échelle).

S'agissant de la demande formulée par l'assuré visant à la prise en charge d'une nouvelle formation, à savoir une formation en pédagogie pour adultes, il ne pouvait lui être réservé une suite favorable. Cette mesure n'était ni simple, ni adéquate, et tendait - qui plus est - à faire bénéficier l'assuré d'une formation d'un niveau supérieur à sa formation antérieure.

Enfin, la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à un taux de 50%, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.

34. Le même jour, l'assuré a réclamé le paiement d'indemnités journalières d'attente jusqu'à sa prise en charge par l'assurance-chômage, précisant qu'il s'était inscrit auprès de cet assureur le 20 novembre 2007.

35. Aucune suite n'ayant été donnée à sa demande, l'assuré a requis le 13 décembre 2007 une réponse formelle relative à son droit à des indemnités journalières durant la période de recherche d'emploi, après les mesures de réadaptation.
36. Par projet d'acceptation de rente du 17 décembre 2007, l'OAI a refusé la prise en charge d'une nouvelle formation FSEA I, au motif que le reclassement de l'assuré ne s'était pas déroulé "sans heurt". La formation s'étant étendue sur quatre années consécutives à la suite de prolongations, il n'était pas possible d'établir un pronostic favorable pour la suite. En outre, la nouvelle formation souhaitée était d'un niveau supérieur à sa formation initiale, ce qui attestait du caractère disproportionné et inadéquat de la demande. En revanche, l'assuré avait droit à une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2007, une comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant à un taux d'invalidité de 51% (revenu sans invalidité = 92'743 fr; revenu avec invalidité = 45'557 fr. avec la baisse de rendement).
37. Par prononcé du 17 décembre 2007, l'OAI a sollicité de la Caisse cantonale genevoise de compensation de calculer la prestation due en espèce et d'établir une décision. Ce prononcé mentionne en particulier que la cause de d'invalidité est une maladie de longue durée.
38. Par observations du 1^{er} février 2008, l'assuré a contesté le refus de la prise en charge d'une formation supplémentaire au motif notamment que celle-ci lui était nécessaire pour trouver un emploi.
39. Par décision du 23 avril 2008, adressée par pli simple, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision du 17 décembre 2007 et octroyé à l'assuré une rente entière de mai 2000 à août 2003, puis, à l'issue de la réadaptation, une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2007.
40. Par acte du 28 mai 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre cette décision. Il a conclu à la prise en charge du cours sollicité, à l'octroi d'une rente entière à compter du 22 février 2000 et à un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} novembre 2007, au versement d'indemnités journalières d'attente pour la période du 1^{er} au 20 novembre 2007, ainsi qu'à la rectification du prononcé de l'OAI à la Caisse cantonale genevoise de compensation le 17 décembre 2007 faisant état d'une "maladie de longue durée".

A l'appui de ses conclusions, l'assuré se prévaut du fait qu'il a déposé sa demande assurance-invalidité aussitôt que son état de santé le lui a permis. Il conteste par ailleurs les conclusions de la consultation d'orthopédie du 19 décembre 2006 du Dr L. _____ selon lesquelles sa capacité de travail serait entière dans une activité assise, avec un rendement d'environ 80%. Il s'appuie pour ce faire sur un avis du Dr . J _____ du 8 avril 2008, indiquant que le recourant était inapte au travail à 50%, probablement d'une manière durable, depuis le 13 mars 2007. Il conteste par ailleurs les bases de calcul s'agissant du revenu d'invalidité, par référence au secteur 72-74 du TA 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ci-après : ESS), estimant que cette référence est incorrecte puisqu'elle suppose qu'il ait

accompli sa formation Help Desk ou de dépannage informatique, ce qui n'est pas son cas. Il demande donc à l'OAI de définir de nouvelles bases salariales qui correspondent à ses qualifications actuelles, telles qu'issues de la mesure de reclassement. Moyennant rectification de ce qui précède, il soutient que le calcul aboutirait à un degré d'invalidité de trois-quarts de rente. Se prévalant encore du refus de l'intimé de statuer en matière de versement d'indemnités d'attente au mois de novembre 2007, avant la prise en charge par l'assurance-chômage, le recourant conclut au paiement des dites indemnités d'attente. Il souligne en dernier lieu que la qualification du genre d'invalidité retenu par l'intimé, à savoir maladie de longue durée, médicalement non objectivée, était de nature à lui causer un préjudice dans la mesure où son invalidité résultait d'un accident.

41. Dans sa réponse du 13 août 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. La mesure de formation complémentaire sollicitée n'était ni simple, ni adéquate, ni de nature à diminuer le dommage. Concernant la détermination du revenu d'invalidé, le recourant avait bénéficié durant presque quatre ans de la prise en charge d'une formation informatique de Help Desk, formation axée sur la maintenance du matériel informatique. Il précisait que cette formation avait été interrompue, le recourant ayant souhaité suivre une formation plus administrative de spécialiste bureautique, laquelle lui avait été accordée sur demande spécifique. Par ailleurs, le recourant avait obtenu le titre de spécialiste bureautique, de sorte qu'il était à même de travailler comme Support Software dans une activité administrative de niveau 4 (travaux simples et répétitifs) faisant partie des secteurs 72-74 (Services informatiques, services fournis aux entreprises) du tableau TA 1 de l'ESS. Il y avait lieu de retenir l'absence d'une invalidité permanente dans la mesure où le caractère labile des affections survenues à la suite du traumatisme n'avait pas disparu avant le terme du délai d'attente prévu à l'art. 29 al. 1 lettre d LAI. A ce titre, il ne se justifiait pas de retenir à son endroit une incapacité de gain durable dans le sens de la disposition précitée. S'agissant enfin du caractère tardif de la demande de prestations, le recourant s'était inscrit à l'assurance-chômage au mois de février 2000, de sorte qu'il n'était aucunement empêché pour des motifs de santé de déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité, ceci d'autant plus que le préavis du médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi ne retenait aucune incapacité de travail au 30 mars 2000.
42. Une audience s'est tenue le 28 avril 2009 à l'occasion de laquelle le recourant a sollicité une expertise médicale complémentaire en se prévalant de ce que les conclusions du rapport médical du Dr. J _____ daté du 15 décembre 2008 - selon lesquelles le recourant serait en incapacité de travail de 50% depuis le 13 mars 2007 différaient des conclusions de l'expertise du 13 mars 2007. Rappelant par ailleurs que la formation ECDL - s'agissant essentiellement d'une formation d'utilisateurs de logiciels de bureautique (Word, Excel, Access, Power Point) - ne permettait pas d'accéder à un emploi et que la formation Help Desk n'avait pas pu aboutir, le recourant a néanmoins indiqué qu'il retirait ses conclusions visant à

obtenir le financement d'une formation complémentaire. Il avait en effet eu l'occasion de suivre un stage de sertiisseur dans le cadre de l'assurance-chômage et pourrait bénéficier d'une formation à 50% dans ce domaine auprès de la bijouterie Moya, du 1^{er} juin 2009 au 1^{er} juin 2011.

43. Par courrier du 17 août 2009, le recourant a transmis au Tribunal de céans un certificat du Dr J _____ du 12 août 2009, ainsi que la décision rendue le 8 juillet 2009 par l'assurance-accidents, devenue alors AXA WINTERTHUR. Il a, sur la base de ces documents, sollicité la mise en place d'une expertise orthopédique judiciaire. Enfin, l'Office cantonal de l'emploi a attesté que l'assuré était inscrit au chômage à 50% depuis le 20 novembre 2007, son délai cadre échéant au 19 novembre 2009.

Dans cet ultime certificat, le Dr J _____ a indiqué suivre le recourant depuis le 16 janvier 2006, ce dernier souffrant d'une arthrose tri-compartmentale post-arthrite septique iatrogène du genou droit avec souffrance fémoro-patellaire et souffrance du compartiment antérieur et interne du même genou. A ce titre, la marche prolongée, la descente et la montée des escaliers étaient proscrites. Dans une activité sédentaire, le recourant fonctionnait en revanche convenablement. Il convenait de tenir compte impérativement de ces limitations dans le cadre d'une réinsertion et de privilégier une activité sédentaire. Une reprise de travail à 50% avait été introduite le 13 mars 2007.

Quant à la décision de l'assurance-accidents, elle retenait un taux d'invalidité de 45% .

44. Sur ce, la cause a été gardée à juger après que l'OAI a pu se prononcer sur les nouvelles pièces produites.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références) et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit inter temporel

commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 23 avril 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), elles seront appliquées selon les règles de droit inter temporelles.

3. La décision litigieuse date du 23 avril 2008. Elle a été expédiée par pli simple et contestée par acte daté du 28 mai 2008. Or, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007, consid. 4.2). La recevabilité du recours n'étant en l'espèce pas contestée par l'OAI, le recours est recevable (art. 60 LPGa).
4. La décision de l'OAI porte sur le refus d'octroi d'une mesure professionnelle supplémentaire, l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2000 et l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2007.

Sont litigieux le début du versement de la rente entière, le taux d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2007, le versement d'indemnités journalières d'attente entre le 1^{er} novembre 2007 et le 19 novembre 2007 et les termes de la communication de l'OAI du 17 décembre 2007 à la Caisse cantonale genevoise de compensation.

S'agissant de l'octroi de mesures professionnelles supplémentaires, le recourant a indiqué, lors de l'audience du 28 avril 2009, retirer sa conclusion visant à l'octroi d'une formation supplémentaire en pédagogie pour adulte, de sorte que le Tribunal de céans n'examinera pas le bien-fondé de la décision de l'OAI sous cet angle.

5. a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a reconnu le droit à une rente entière à compter du 22 février 2000, mais dont le versement interviendrait dès le 1^{er} mai 2000, en raison du caractère tardif du dépôt de sa demande. Il prétend à cet égard avoir été empêché, pour des raisons

médicales, de déposer sa demande de prestations d'assurance-invalidité avant le 1^{er} mai 2001.

b) Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1).

c) En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir, ce qui n'est pas contesté, en février 1999 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire.

La survenance du droit à la rente d'invalidité étant fixée en février 2000, ce qui n'est pas contesté, et la demande déposée en mai 2001 seulement, il y a lieu d'appliquer la réglementation sur les demandes de prestations dites « tardives ».

d) L'art. 48 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prescrit que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont servies pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain

dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, "les faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître", au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 ss. consid. 2c; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité [les prestations], p. 305 ss.).

Toutefois, une restitution de délai doit être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 ss. consid. 4; arrêt non publié V. du 16 mars 2000, I 149/99) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a ; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; Valterio, eod. loc.).

e) En l'espèce, le recourant ne peut manifestement pas bénéficier d'une restitution de délai. En effet, rien n'indique qu'il n'était pas à même de déposer une demande de prestations entre février 2000 et février 2001. Il a en effet été en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage le 1^{er} février 2000 et a fait l'objet d'une vérification de l'aptitude au placement le 7 mars 2000, démontrant ainsi sa faculté de mener des démarches administratives. Par ailleurs, quand bien même il a - comme il s'en prévaut - été hospitalisé en urgence en novembre 2000, que cette hospitalisation a été suivie d'une période de convalescence jusqu'en janvier 2001 et qu'il a dû prendre des médicaments entraînant des effets secondaires pénibles jusqu'en avril 2001, il n'en demeure pas moins qu'il disposait pendant cette période d'une pleine capacité de discernement et qu'il aurait été en mesure de conduire des démarches administratives même durant cette période, dût-il mobiliser plus de ressources que d'ordinaire. L'argumentation du recourant selon laquelle il "n'était pas été en mesure, pour des raisons médicales, de gérer ses affaires" ne peut donc être retenue.

Partant, sous cet angle, la décision de l'OAI doit être confirmée.

6. a) Le recourant conteste encore la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a accordé une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2007, soit le degré d'invalidité retenu. L'expertise bidisciplinaire rendue le 13 mars 2007 serait "ancienne" et ne correspondrait plus à sa "réalité médicale", à savoir une incapacité de travail de 50% depuis le 13 mars 2007, telle qu'attestée par le Dr J_____ le 8 avril 2008. Par ailleurs, le salaire d'invalidé retenu par l'OAI à son endroit correspondrait au salaire brut (valeur centrale) dans la branche informatique (TA1;

secteurs 72-74 service informatique/services fournis en entreprise). Or, ne bénéficiant pas d'un titre de spécialiste Help Desk, il ne pourrait prétendre à un revenu correspondant à ce secteur d'activité.

Il s'agit d'examiner en premier lieu si l'OAI était fondé à se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU selon laquelle il a été admis que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec un rendement d'environ 80% (capacité de travail de 80%).

b) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in : *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH*, Bâle 2000, p. 268).

Par ailleurs, dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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 LPG), 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.

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a).

Supprimé : 126 V 360

Supprimé : 125 V 195

d) En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU et rendue par les Drs K_____ et L_____ remplit manifestement les exigences posées en matière de valeur probante par le Tribunal fédéral et rien ne permet de mettre en doute son objectivité. Elle comprend une anamnèse et une description des plaintes du recourant; elle intègre des examens para-cliniques et des constatations médicales objectives. Les diagnostics sont posés de manière claire et cohérente. Enfin, le cas a fait l'objet d'une appréciation globale à l'issue de laquelle les deux experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité professionnelle et à une capacité de travail de l'ordre de 80% (ou une capacité de travail totale, avec rendement de 80%) dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges, travaux lourds, marche prolongée, descente et montée des escaliers prohibés.

Outre que cette expertise revêt en soi une pleine valeur probante, elle est par ailleurs corroborée - que ce soit sous l'angle des diagnostics, de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles - par plusieurs rapports figurant au dossier et rendus par les médecins traitants. Ainsi, la Dresse. H_____ a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (cf. avis des 7 et 10 mars 2006). Par ailleurs, le Dr Th. J_____ a, dans un premier temps, admis un taux d'activité de 100% dans une activité adaptée (cf. certificat du 30 janvier 2007). Certes ce dernier est revenu sur son appréciation à l'occasion de certificats établis postérieurement à l'expertise bidisciplinaire, à savoir pour l'un en date du 8 avril 2008 et destiné à la caisse d'assurance-chômage, et pour l'autre en date du 15 décembre 2008 à l'intention de l'assurance-accidents. Toutefois, ces certificats - qui font état d'une inaptitude au travail de 50% - sont dénués de toute motivation. Ils ne sauraient donc ébranler la conviction du Tribunal quant à la force probante que revêt l'expertise bidisciplinaire. Tel est également le cas s'agissant du certificat établi par ce même médecin le 12 août 2009. En effet, ce document mentionne qu'une "reprise de travail" à 50% a été introduite en mars 2007 et qu'un travail à 50% doit impérativement tenir compte des limitations fonctionnelles constatées (notamment pas de marche prolongée, pas de descente d'escalier). Il n'est par contre aucunement fait mention d'une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Le Dr J_____ admet en revanche expressément que son patient fonctionne convenablement dans une activité sédentaire et qu'il n'a que peu de

douleurs. Ainsi, le Tribunal peine à discerner ce qui justifierait un taux d'activité limité à 50% dans une activité adaptée, alors qu'une telle activité n'occasionnerait que peu de douleurs.

Cette expertise est également corroborée par les conclusions auxquelles sont parvenus le CIP, lors du stage d'évaluation professionnelle effectué du 26 mai 2003 au 22 juin 2003, et l'Atelier Espace, lors de la mesure d'orientation professionnelle.

S'agissant enfin de l'expertise rendue le 4 novembre 2002 par le Dr C_____, mandaté par l'assurance-accidents, elle retient une capacité de travail de 65 à 70% dans une activité adaptée, la probabilité d'une aggravation de l'état de santé étant envisagée. Or, depuis lors, le recourant a subi une nouvelle intervention médicale (arthroscopie opératoire du genou droit) en avril 2006. Partant et à ce titre, l'expertise du Dr. C_____ n'est plus d'actualité. Elle est en outre contredite par les conclusions motivées et convaincantes de l'expertise bidisciplinaire rendue le 14 mai 2007.

C'est donc à juste titre que l'OAI, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire, a admis une capacité de travail totale, avec une diminution de rendement de 20% (ou une capacité de travail de 80%). Sous cet angle, le recours doit donc être rejeté et il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.

7. a) Est également litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité, dès lors que le recourant conteste les bases de calcul retenues dans ce cadre par l'OAI, en particulier sous l'angle du revenu d'invalide.

b) En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Il doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de

travail avant l'accident. Sont déterminantes les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. [ATF 129 V 222](#) consid. 4). 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), bien qu'il convienne, 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. 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 (cf. ATFA non publié B 80/01T. du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 résumé dans REAS 2004 p. 239). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il percevait effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01).

Supprimé : ATF 129 V 222

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

c) L'OAI a retenu - sans être contesté par le recourant sur ce point - que le revenu sans invalidité s'élèverait en 2007 à 92'743 fr. En effet, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur que le dernier salaire mensuel s'élevait en décembre 1999 à 6'500 fr. pour 42 heures de travail hebdomadaire, soit 84'500 fr. par an (y compris le 13^{ème} salaire). Indexé à l'ISS de 2006, il est porté à 92'743 fr.

S'agissant du salaire avec invalidité, l'OAI s'est référé aux statistiques de ESS 2006. Il a pris comme référence le tableau TA 1, hommes, secteur 72-74, "Services informatiques ; services fournis aux entreprises", niveau de référence 4 (activités simples et répétitives), pour un horaire de 41,6 heures et a retenu sur cette base un salaire annuel de 56'946 fr. Après la réduction de 20% admise pour tenir compte de la diminution de rendement attestée par les experts, le gain annuel qui pouvait être réalisé s'élevait en 2007 à 45'557 fr. L'indexation jusqu'en 2007 n'a été prise en compte ni pour le revenu d'invalide, ni pour celui sans invalidité, de sorte que la proportion est respectée.

Le recourant considère que ce raisonnement n'est pas réaliste et qu'il conviendrait de définir une base salariale qui corresponde à ses qualifications actuelles, telles qu'issues de la mesure de reclassement. Il n'indique toutefois pas sur quelle base salariale il conviendrait de se fonder.

A cet égard, le Tribunal de céans relève que le raisonnement de l'OAI est exempt de critique. Pour déterminer le revenu d'invalide, il incombe effectivement à l'OAI de tenir compte de la formation suivie durant quatre ans par le recourant dans tout sa globalité, à savoir une formation inachevée en informatique (Help Desk" niveaux I et II) et une formation dénommée "ECDL", couronnée par l'obtention d'un diplôme de "spécialiste bureautique". Sur cette base, il convient de prendre comme référence le tableau ESS 2006, TA1, secteur 72-74, " service informatique; services fournis aux entreprises", niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un salaire de 4'563 fr, (54'756 fr. par an). Indexé de 2006 (116,6) à 2007 (118,5) et calculé sur une durée de travail de 41,7 heures, soit la moyenne dans le secteur tertiaire en 2007, le salaire est de 58'013 fr. En tenant compte de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 80%, le revenu avec invalidité est de 46'410 fr. en 2007. Il ne se justifie pas de retenir un abattement supplémentaire en raison des limitations fonctionnelles (position assise avec possibilité d'alternance et du taux d'activité partielle), lesquelles ont été prises en compte dans la diminution de rendement, l'assuré ne réalisant aucun des autres facteurs justifiant un abattement (âge, permis de travail, etc.).

Le revenu sans invalidité était de 84'500 fr en 1999, y compris le 13^{ème} salaire, soit de 94'822 fr. en 2007 après indexation (105,6 en 1999 et 118,5 en 2007). La différence entre ces deux revenus est de 48'412 fr.

Ainsi, le taux d'invalidité est de 51%; il donne droit à une demi-rente invalidité à l'issue de la procédure de reclassement, soit dès le 1^{er} novembre 2007. Sous cet angle, le recours doit être rejeté.

-
8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En outre, depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

Se ralliant aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la décision rendue à ce propos par l'assurance-accidents retient un taux d'invalidité de 45% eu égard à un revenu sans invalidité de 87'528 fr. et un revenu d'invalidité de 48'128 fr, puis un taux de 49% sur opposition, l'assurance ayant omis de tenir compte du 13^{ème} salaire dans le revenu sans invalidité. Cette décision sur opposition a été contestée par l'assuré (A/861/2010). Cela étant, l'appréciation du taux d'invalidité par l'assurance-accidents, dont ni le recourant ni l'OAI ne se prévalent pour fonder leur position dans le cadre de la présente procédure, ne sera pas examinée ici.

9. a) Le recourant sollicite par ailleurs le versement d'indemnités d'attente pour la période allant du 1^{er} au 20 novembre 2007, date à laquelle il a commencé à percevoir des indemnités de l'assurance-chômage pour sa capacité résiduelle de travail.

b) Aux termes de l'art. 19 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), l'assuré n'a pas droit à l'indemnité journalière pour le temps pendant lequel il attend qu'un emploi convenable lui soit trouvé. Si toutefois la recherche d'un emploi est précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel, l'assuré conserve le bénéfice de l'indemnité journalière pendant soixante jours au plus.

Dans un arrêt du 27 septembre 1994 (ATF 120 V 429), confirmé par un arrêt rendu le 4 avril 2003 dans la cause I 82/02, le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de se prononcer sur la portée de l'art.19 al. 1 2e phrase RAI. Il a considéré que, pour que le droit à l'indemnité journalière soit donné, il suffisait que la recherche d'un emploi ait été précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a rappelé l'intention

du législateur d'assurer, par voie réglementaire déléguée au Conseil fédéral, la continuité du service des prestations depuis le moment où l'invalidité s'est produite jusqu'à celui de la reprise complète d'une activité lucrative, dans des cas dignes de considération, et celle de réduire au minimum les cas où l'assuré risque d'être privé d'une prestation à la fin du reclassement professionnel. Au regard de cette volonté d'accorder une aide économique à l'assuré à la recherche d'un emploi après reclassement et qui ne bénéficie pas d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité pour la période d'un mois entre la fin de son reclassement et la date de son annonce à l'assurance-chômage (ATF 120 V 433 consid. 2b).

c) Après avoir fait l'objet d'une mesure de reclassement qui a pris fin en octobre 2007, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage à compter du 20 novembre 2007. Il a donc droit à des indemnités journalières pour la période allant du 1^{er} au 19 novembre 2007. C'est donc à tort que l'OAI n'a pas donné suite à la demande du recourant.

Étant rappelé qu'un recours peut aussi être formé lorsque, comme en l'espèce, l'assureur, malgré une demande de l'assuré, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al.2 LPGA), le recours doit donc dans cette mesure être admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour qu'il soit statué sur le montant des indemnités journalières dues pour la période du 1^{er} au 19 novembre 2007.

10. En dernier lieu, le recourant conteste les termes d'un prononcé de l'OAI du 17 décembre 2007, adressé à la Caisse cantonale genevoise de compensation et qualifiant le genre d'invalidité de "maladie de longue durée", alors même que, selon le recourant, son invalidité résulterait d'un accident. Il prétend que cette qualification lui causerait un préjudice, dès lors qu'elle pourrait être retenue à son détriment par l'assureur-accidents.

A teneur de l'art. 56 LPGA, seules les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

En l'espèce, il est manifeste que le prononcé du 17 décembre 2007 ne saurait être qualifié de décision. Il s'agit d'un acte interne à l'administration, destiné à communiquer une information à une autre autorité administrative dans le but de faire avancer la procédure et qu'une décision soit prise quant au calcul des prestations dues. En outre, quand bien même ce prononcé pourrait-il être qualifié de décision, encore eût-il fallu qu'il soit contesté dans les délais légaux, ce qui n'est manifestement pas le cas.

Les conclusions prises à ce propos par le recourant sont donc irrecevables.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimé pour le calcul des indemnités journalières. Compte tenu du fait que le recourant n'obtient gain de cause que sur la question des indemnités journalières dues entre le 1^{er} et le 19 novembre 2009, les dépens qui lui sont alloués sont limités à 500 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 23 avril 2008 en tant qu'elle refuse l'octroi d'indemnités journalières au recourant pour la période du 1^{er} au 19 novembre 2007, et renvoie le dossier à l'OAI pour décision dans le sens des considérants.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de procédure en faveur du recourant de 500 fr.
7. 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); 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste :

Aline Sofer

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