

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1961, d'origine yougoslave, marié et père de trois garçons, réside en Suisse depuis 1985.
2. Le 14 juillet 1996, alors qu'il travaillait en qualité de maçon, l'assuré a été victime d'un accident ayant entraîné la rupture du ligament croisé antérieur du genou droit. Cette lésion a nécessité la résection par arthroscopie de la corne postérieure du ménisque ainsi qu'une plastie du ligament croisé antérieur en date du 28 août 1996. La caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA) a pris en charge le cas.
3. En arrêt de travail depuis ce sinistre, l'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation de Bellikon du 2 au 30 juillet et du 27 août au 26 septembre 1997. Selon le rapport de sortie établi le 21 octobre 1997, une orthèse du genou droit et des chaussures sur mesure avaient permis d'améliorer la sensation d'instabilité, laquelle persistait toutefois, associée à des douleurs liées à la charge. A l'issue d'une évaluation professionnelle, il était relevé que l'assuré possédait de bonnes facultés manuelles et d'assimilation des informations visuelles, et qu'il pourrait travailler dans de nombreuses branches industrielles. S'il ne pouvait plus réaliser les travaux pénibles de maçon, une activité plus légère, permettant l'alternance de la charge et des positions assise et debout, était possible à plein temps. Un soutien de formation de six mois dans le domaine du montage technique était recommandé.
4. Le 25 septembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une réorientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et/ou d'un placement.
5. Suite à l'examen de l'assuré le 8 décembre 1997, le Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport final. Il en ressort que l'évolution avait été marquée par la persistance des douleurs localisées au genou, que le traitement était terminé et l'état stabilisé. L'examen clinique mettait en évidence une marche sans boiterie avec un discret genou recurvatum des deux côtés. La marche sur la pointe des pieds et le sautellement monopodal n'étaient pas effectués en raison des douleurs, la marche sur les talons était possible mais avec difficulté à droite, et l'agenouillement et l'accroupissement étaient moyens à cause des douleurs. Le médecin d'arrondissement a constaté un bon développement musculaire aux membres inférieurs, une amélioration de l'amyotrophie du quadriceps droit depuis son précédent examen, ne laissant que 1 cm par rapport au côté gauche, l'absence de liquide au genou droit, une flexion complète avec une hyperextension de 10° des deux côtés, ainsi qu'un discret tiroir antérieur à droite. Il a relevé une zone anesthésique sur la face latérale du genou en rapport avec une cicatrice souple et indolore, et conclu que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible. En revanche, une activité ne surchargeant pas le genou droit et ne nécessitant pas de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment, et

permettant une alternance des positions assise et debout, était possible à plein temps et avec un rendement total.

6. En date du 27 avril 1998, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision, selon lequel il envisageait de lui « octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 1997 ». Il considérait en effet, d'après les différents éléments médicaux au dossier, que la capacité de travail en tant que maçon était nulle en raison des atteintes physiques, mais que rien n'empêchait l'assuré d'exercer une activité telle que servant de machines, sans avoir besoin d'un complément ou d'une nouvelle formation, dès le 1^{er} janvier 1998. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu à une perte de gain de 35%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, compte tenu de son niveau général de formation, des mesures de réadaptation professionnelles n'entraient pas en ligne de compte, car elles ne permettraient pas d'augmenter le taux de la capacité de gain retenu.
7. Le 18 septembre 1998, l'OAI a communiqué à la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la caisse), chargée du versement de la rente, les données de l'assuré afin de calculer les prestations en espèces et établir un décompte des paiements rétroactifs éventuels.
8. Par décision du 2 novembre 1998, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente ordinaire simple, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants, dès le 1^{er} novembre 1998, ajoutant que les répartitions du rétroactif pour la période du 1^{er} juillet 1997 au 31 octobre 1998 feraient l'objet d'une décision ultérieure.
9. En date du 4 février 1999, l'OAI a rendu une nouvelle décision remplaçant la précédente, et alloué à l'assuré, à compter du 1^{er} juillet 1997, une rente ordinaire simple, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants. Le montant mensuel desdites rentes s'élevait à CHF 3'463.- jusqu'au 31 décembre 1998 et à CHF 3'499.- dès le 1^{er} janvier 1999.
10. Par décision du 14 avril 1999, la SUVA a octroyé à l'assuré, dès le 1^{er} janvier 1999, une rente complémentaire d'invalidité calculée sur une incapacité de gain de 30%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 5%.
11. En novembre 2007, l'OAI a supprimé la rente complémentaire en faveur de l'épouse de l'assuré, compte tenu de l'introduction de la 5^{ème} révision de l'AI, puis, en novembre 2009, celles en faveur des deux fils cadets de l'assuré, faute d'avoir reçu des attestations d'étude.
12. Suite à une demande de l'assuré tendant à l'octroi de moyens auxiliaires, le Dr C_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a rendu un rapport le 4 mars 2010. Il a diagnostiqué une surdité de perception bilatérale prédominante à droite et conclu que l'assuré avait droit à un niveau d'appareillage de classe 2.
13. Après s'être rendu compte que l'assuré percevait toujours une rente d'invalidité à 100% alors que celle-ci avait été limitée au 31 décembre 1997, l'OAI lui a réclamé,

par décision du 8 décembre 2010, la restitution d'un montant de CHF 188'751.- correspondant aux rentes versées à tort du 1^{er} novembre 2005 au 31 octobre 2010.

L'assuré a contesté cette décision en interjetant recours auprès de la chambre de céans (cause A/209/2011).

14. En date du 9 février 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations et soutenu être en incapacité totale de travail depuis 1997.
15. Dans un rapport du 18 mars 2011, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a signalé la persistance de douleurs constantes, à l'effort et au repos, et constaté un petit épanchement intra-articulaire, un genou droit stable et une flexion/extension 130/0/0. Il a ajouté que les clichés radiologiques révélaient les signes d'une gonarthrose débutante et mineure, mais suffisamment handicapante pour les activités lourdes.
16. En date du 28 mars 2011, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que l'assuré souffrait d'une affection mentale qui présentait une péjoration nette et sévère depuis qu'il avait été sommé de rembourser les rentes d'invalidité des cinq dernières années.
17. Le 15 avril 2011, le Dr C_____ a attesté que la surdité de l'assuré s'était aggravée depuis 2003, époque à laquelle l'hypoacousie était d'environ 30% des deux côtés, contre actuellement 46,3% à droite et 38,4% à gauche. L'assuré avait bénéficié d'un appareillage binaural qui lui avait facilement permis de surmonter son handicap. L'hypoacousie ne justifiait pas une incapacité de travail, mais une activité dans une ambiance bruyante devrait être évitée.
18. Par rapport du 3 mai 2011, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a énuméré les affections pour lesquelles l'assuré l'avait consulté depuis 1998, soit un syndrome allergique en 1998, un syndrome descendant en 1999, une gastrite aiguë en 2001, une bronchite aiguë en 2005, des bronchopneumonies en 2006 et 2007, un diabète sucré type II et une hernie hiatale en 2008, une épicondylite gauche en 2010 et une névralgie intercostale en 2011. En outre, il avait récemment adressé l'assuré en milieu psychiatrique en raison de troubles anxieux suite à la révision de sa rente d'invalidité.
19. En date du 13 juillet 2011, le Dr D_____ a répondu à un questionnaire médical de l'OAI et retenu les diagnostics d'instabilité du genou droit (depuis 1994) et de status après une plastie du ligament croisé antérieur droit (depuis 1996). L'activité habituelle de maçon n'était plus exigible et étaient notamment contre-indiquées, les activités en position debout, penchée, accroupie, à genoux, en rotation des positions assise et debout, en terrain irrégulier, ou encore celles impliquant de monter des escaliers, de soulever ou porter des charges. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées.
20. Par avis du 25 octobre 2011, l'un des médecins du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a rappelé les conclusions du rapport final du médecin

d'arrondissement de la SUVA et celles du Dr D_____, et considéré que l'évolution sur de très longues années était minime, que les constatations objectives étaient superposables et que, depuis décembre 1997, l'assuré avait une capacité de travail entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Il a en outre relevé que l'assuré pouvait désormais étendre complètement sa jambe et que seul un traitement anti-inflammatoire de réserve était en cours.

21. Le 1^{er} novembre 2011, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au refus de toute prestation. L'assuré s'y est opposé au motif notamment que son état de santé s'était détérioré depuis 1998.
22. Par arrêt du 9 novembre 2011, la chambre de céans a annulé la décision de restitution du 8 décembre 2010 pour cause de péremption (ATAS/1039/2011). Elle a considéré que l'OAI avait eu maintes occasions de connaître les faits fondant l'obligation de restitution s'il avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui.
23. Dans un nouveau rapport du 29 novembre 2011, le Dr D_____ a rappelé qu'aucune arthrose n'était visible sur les radiologies de 1998. Il a confirmé que le genou de l'assuré évoluait vers l'arthrose douloureuse, ce qui n'était en aucun cas compatible avec une activité physique telle que celle d'un maçon. La station debout et la marche pouvaient provoquer d'importantes douleurs et contribuer à la péjoration rapide de l'arthrose et le handicap pouvait devenir de plus en plus lourd.
24. Par avis du 7 février 2012, la Doctoresse G_____, médecin SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique afin de déterminer si l'assuré présentait une aggravation objective de son état de santé somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail exigible. Elle a ajouté qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail durable pour des raisons psychiatriques, relevant que le Dr E_____ ne fournissait aucune précision quant aux symptômes et constatations objectives, et que l'aggravation non décrite était réactionnelle à la décision de l'OAI, et par essence non durable. Concernant l'hypoacousie, elle a rappelé les termes du spécialiste selon lequel cette affection n'entraînait aucune incapacité de travail.
25. Mandaté par l'OAI, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 12 septembre 2012.

Il a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une déchirure symptomatique du ligament croisé antérieur du genou droit le 14 juillet 1996, un status post plastie du ligament croisé antérieur droit en septembre 1996, une raideur résiduelle du genou droit en flexion et en extension modérée, une atrophie musculaire de 1 cm aux membres inférieurs droits, une gonarthrose droite secondaire modérée, une hypoacousie de perception bilatérale prédominante à droite. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète de type II, une hyperferritémie sur

un syndrome métabolique probable avec une stéatose hépatique, une hypercholestérolémie en 2009 et une vraisemblable goutte.

Les plaintes actuelles étaient essentiellement des douleurs continues au niveau du genou droit, douleurs aussi bien diurnes que nocturnes perturbant le sommeil. Le périmètre de marche était extrêmement limité, soit 10 m au maximum, et la marche en terrain accidenté impossible sans symptômes.

Sur le plan clinique, les plaintes subjectives n'étaient pas objectivées, mais il persistait une discrète atrophie musculaire au niveau du membre inférieur droit. L'expert avait constaté la présence d'une tendinopathie rotulienne aigue voir subaiguë au niveau du genou droit pouvant expliquer les douleurs inflammatoires. La marche était effectuée avec une légère boiterie au niveau du membre inférieur droit laissant évoquer une discrète raideur en extension du genou. Le reste du status était dans la limite de la norme. Au niveau des genoux, la mobilité à droite était de 130-0-15 et de 140-0-20 à gauche. Le genou était sec, avec une hyperloxité sagittale, symétrique. Le bilan radiologique réalisé après l'examen clinique mettait en évidence de discrets signes d'arthrose, actuellement non décompensée sur le plan radiologique.

Concernant la capacité de travail, l'expert a conclu que l'assuré ne pouvait plus travailler en tant que maçon en raison de ses problèmes au genou droit, et ce depuis le 14 juillet 1996. Les activités en terrain accidenté, celles comportant le port de charge ou réalisées dans des chantiers avec des échafaudages étaient contre-indiquées en raison de l'évolution arthrosique du genou droit et des douleurs persistantes. Il a également relevé que l'assuré souffrait d'hypoacousie bilatérale, ce qui excluait les travaux requérant une attention auditive particulière. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. Sur le plan psychique et mental, il a conclu que la situation assécurologique rendait nécessaire un soutien psychothérapeutique, que la situation était très mal vécue et surtout incomprise. Selon lui, la situation n'avait que peu évolué depuis le rapport de 1997 du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont les conclusions restaient identiques sur le plan orthopédique. Partant, depuis cette date, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement dans toutes les activités ne requérant pas la surcharge du genou droit et la nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment.

Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. Toutefois, l'assuré n'ayant pas eu d'activité professionnelle depuis 1996, il serait très difficile de mener à bien une telle reconversion. Il a ajouté que l'inactivité pendant tant d'années, l'absence de toute reconversion professionnelle et de tout suivi de la part de l'OAI jusqu'en 2010 sortaient du domaine médical.

26. L'OAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 26 août au 24 novembre 2013 afin de

déterminer de quelle manière la pleine capacité de travail résiduelle pourrait être exploitée et de se prononcer sur l'indication d'autres mesures professionnelles.

27. Dans leur rapport du 28 novembre 2013, les EPI ont dressé un premier bilan à l'issue de la période intramuros qui s'était déroulée du 26 août au 11 octobre 2013, période pendant laquelle l'assuré avait été absent 10 jours. Ils ont indiqué que ses capacités physiques étaient compatibles avec des activités légères et pratiques en position assise, lui laissant la possibilité de faire de courtes déambulations pour se détendre. Toutefois, l'assuré était démonstratif quant à ses limitations, sa résistance semblait insuffisante et sa récupération difficile. Son attitude générale ne lui permettait pas d'envisager une intégration du marché économique ordinaire ou de faire des stages en entreprises dans des conditions acceptables. Ses capacités d'apprentissage étaient globalement limitées à des activités simples et répétitives. Seule une mise au courant pratique basée sur la répétition et ou la démonstration était possible. Quant aux capacités sociales, l'assuré connaissait et respectait toutes les règles en vigueur, mais il ne démontrait pas de signes tangibles de grande motivation, il était déconditionné et n'avait plus le rythme du monde du travail. Une longue période de réentraînement paraissait la meilleure solution pour une réinsertion progressive. Un second bilan a été réalisé suite à la période de stages prévue du 14 octobre au 24 novembre 2013. Etaient notamment relevées une attitude plaintive et une souffrance évidente. Après les deux premiers jours de stage à 50%, l'assuré ne s'était plus présenté et avait produit des certificats d'arrêt maladie émis par son médecin-traitant et par son psychiatre.
28. Selon un rapport de l'OAI du 3 décembre 2013, le psychiatre de l'assuré lui avait indiqué que son patient était actuellement réfractaire à une prise en charge psychiatrique, mais qu'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique pourrait lui permettre de surmonter son état dépressif. En raison du manque d'engagement et de cette atteinte psychique, transitoire en cas de soins, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
29. Par décision du 6 décembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2011 et rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a relevé que l'état de santé de ce dernier ne s'était pas modifié depuis l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA le 8 décembre 1997 et que l'assuré était toujours à même d'exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché du travail équilibré sans formation complémentaire. Partant, le taux d'invalidité calculé dans la décision initiale ne devait pas être révisé. En outre, l'OAI a reproché à l'assuré de ne pas avoir fait preuve d'un engagement suffisant durant les mesures de réadaptation, raison pour laquelle la poursuite de l'examen des mesures professionnelles était refusée.
30. Par acte du 27 janvier 2014, complété le 18 mars 2014, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 6 décembre 2013 et conclu, sous suites de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi

du dossier à l'intimé pour nouvelle décision quant à la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réinsertion et de réadaptation professionnelle. En substance, le recourant a invoqué que son état de santé s'était sensiblement aggravé depuis juillet 1996, que l'absence de suivi de la part de l'intimé jusqu'en 2010 avait manifestement détérioré la situation et qu'il convenait de déterminer l'impact de l'aggravation de son état de santé sur sa capacité de gain, après 17 ans d'inactivité. Le recourant a ajouté que des mesures d'ordre professionnel devaient être précédées de la mise en œuvre d'un placement à l'essai dans une activité appropriée afin de vérifier sa capacité de travail, ainsi que de mesures de réinsertion impliquant notamment un entraînement progressif à l'endurance, un appui sur le lieu de travail et un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

31. Dans sa réponse du 13 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a soutenu que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre d'investigations complémentaires était inutile. Il a maintenu que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et soutenu avoir déjà mis en place des mesures d'ordre professionnel, notamment un entraînement progressif à l'endurance auquel le recourant avait mis un terme prématurément, faute d'engagement et de motivation.
32. Par réplique du 5 juin 2014, le recourant a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} novembre 2010 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer, sur les plans psychique et somatique, la réalité et l'incidence de l'aggravation de son état de santé sur son incapacité de gain. A défaut, il a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour la mise en œuvre de nouvelles mesures de réadaptation. Le recourant a notamment fait valoir une aggravation médicale somatique et psychique, relevant que l'expert mandaté par l'intimé ne s'était prononcé que sur le volet somatique, et fait grief à l'intimé de n'avoir pas mis en œuvre les mesures de réadaptation préconisées en 1997, alors qu'il avait été relevé qu'il possédait de très bonnes aptitudes pour une reconversion et était motivé. Il a soutenu que les mesures professionnelles n'avaient pas pu aboutir en raison de son âge et du fait qu'il ne travaillait plus depuis 17 ans, de sorte qu'il n'y avait d'autre solution que de le mettre au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, et ce avec effet au 1^{er} novembre 2010, date de la suppression des rentes.
33. Dans ses observations du 1^{er} juillet 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions. S'agissant de l'état psychiatrique, il s'est référé à l'avis du SMR selon lequel il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail durable, ce d'autant plus que le psychiatre indiquait clairement qu'il s'agissait d'un état réactionnel à la décision de restitution. L'intimé a en outre rappelé avoir accordé au recourant un stage d'orientation professionnelle aux EPI et que dans ce cadre, un stage à l'atelier de réentraînement avait été proposé au recourant.

34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 6 décembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA) et du fait que la décision du 6 décembre 2013, notifiée par pli simple, a été reçue le 12 décembre 2013, le recours du 27 janvier 2014, interjeté dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).
5. L'objet du litige porte, d'une part, sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente suite à sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 février 2011, étant rappelé que selon la décision initiale de 1998, le droit à la rente d'invalidité était limité du 1^{er} juillet au 31 décembre 1997. D'autre part, il sied de déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation.
6. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201] ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011). 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 arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

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 130 V 343 consid. 3.5).

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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 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).

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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

11. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente, étant rappelé que cette dernière 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.
12. a. Par une première décision de 1998 entrée en force, l'intimé a refusé au recourant l'octroi d'une rente au-delà du 31 décembre 1997, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant. Il s'était alors fondé sur le rapport final du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel avait notamment constaté une amyotrophie du quadriceps droit de 1 cm par rapport au côté gauche, l'absence de liquide au genou droit et une flexion complète avec une hyperextension de 10° des deux côtés. Il avait conclu que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible depuis l'accident de 1996, mais qu'une activité adaptée ne requérant ni la surcharge du genou droit ni la nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment, et permettant une alternance des positions assise et debout, était possible à plein temps et avec un rendement total, dès décembre 1997.
- b. Suite à la seconde demande de prestations déposée par le recourant le 9 février 2011, l'intimé a procédé à une instruction médicale approfondie et mis en œuvre une expertise.

Le Dr H_____ a notamment relevé de discrets signes d'arthrose, en l'état non décompensée sur le plan radiologique, et a clairement exposé que la situation n'avait que peu évolué depuis le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont les conclusions restaient identiques sur le plan orthopédique. Il a confirmé que

l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible depuis 1996 et que la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées en 1997, ajoutant qu'un travail exigeant une attention auditive particulière était contre-indiqué en raison de l'hypoacousie.

13. Sans livrer le moindre argument permettant de remettre en cause ce rapport d'expertise, le recourant allègue que son état de santé somatique et psychique s'est aggravé depuis la décision initiale.

a. D'un point de vue physique, et plus particulièrement orthopédique, la chambre de céans observe que le rapport du Dr H_____ est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier de l'intimé, lequel comportait tous les rapports et documents pertinents. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis et des investigations complémentaires ont été requises, à savoir un nouveau bilan radiologique. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et le spécialiste a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Rien ne permet de douter du bien-fondé de ses conclusions, lesquelles ne sont contredites par aucune pièce du dossier.

A cet égard, la chambre de céans observe que, si le Dr D_____ a effectivement signalé une gonarthrose « débutante et mineure » qui n'était pas visible en 1998, il a précisé qu'elle n'était handicapante que pour les activités lourdes ou physiques (rapports des 18 mars et 29 novembre 2011) et a retenu, pour seuls diagnostics, ceux d'instabilité du genou droit existant depuis 1994 et de status après une plastie du ligament croisé antérieur droit en 1996 (rapport du 13 juillet 2011). Dans ces conditions, force est de conclure que les rapports de ce médecin n'établissent pas l'existence d'une modification sensible de l'état de santé du recourant. En outre, le Dr D_____ a attesté, à réitérées reprises, que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible (rapports des 18 mars, 13 juillet et 29 novembre 2011) et qu'étaient déconseillées, les tâches en positions debout, accroupie, à genoux, en alternance des positions assise et debout, en terrain irrégulier, ou encore celles impliquant le port de charges ou la montée d'escaliers. Il n'a donc jamais considéré que la capacité de travail du recourant serait nulle dans toute activité, mais a uniquement retenu des mesures classiques d'épargne du genou déjà signalées en 1997. Ces documents confirment donc que la capacité de gain du recourant n'a pas subi de changement important depuis la décision initiale.

Partant, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H_____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle fera donc siennes ses conclusions et retiendra que l'atteinte orthopédique ne s'est pas sensiblement modifiée depuis 1997.

b. S'agissant du diagnostic d'hypoacousie, une aggravation est signalée depuis 2003, sans que la survenance de cette atteinte ne soit expressément datée. Le Dr H_____ a relevé que le recourant devait éviter les activités requérant une attention auditive particulière. Quant au Dr C_____, spécialiste en oto-rhino-

laryngologie, il a clairement exposé que l'hypoacousie ne justifiait aucune incapacité de travail puisque le recourant avait facilement pu la surmonter grâce à un appareillage binaural et que seule une ambiance bruyante devait être écartée (rapport du 15 avril 2011). A défaut d'avoir un impact sur la capacité de gain du recourant, l'aggravation de l'hypoacousie n'est donc pas susceptible d'influencer son degré d'invalidité.

De même, rien ne permet de retenir que les autres maladies mentionnées par le Dr F_____ (rapport du 3 mai 2011) auraient une quelconque incidence sur la capacité de travail ou de gain du recourant, ce que ce dernier ne prétend au demeurant pas.

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans conclut que la situation du recourant, d'un point de vue somatique, n'a pas subi de changement important propre à influencer son degré d'invalidité depuis 1997.

c. Sur le plan psychique, le Dr E_____ a relevé que le recourant souffrait d'une affection mentale qui s'était aggravée depuis qu'il avait été sommé de rembourser les rentes d'invalidité (rapport du 28 mars 2011). Par la suite, il a indiqué à l'intimé que le recourant présentait un « état dépressif », mais qu'il refusait tout soin psychiatrique, bien qu'un traitement pourrait lui permettre de surmonter son trouble (rapport de l'intimé du 3 décembre 2013). La chambre de céans observe que ce médecin ne pose pas de diagnostic précis et qu'il ne fait en particulier aucune référence à la classification CIM. En outre, il ne décrit ni ses constatations objectives, ni les symptômes, ni les plaintes du recourant. Il ne mentionne pas non plus avoir réalisé des tests ni ne précise s'il suit régulièrement le recourant. Il en va de même du Dr F_____, généraliste, lequel indique uniquement que le recourant a été adressé en milieu psychiatrique en raison de « troubles anxieux » suite à la révision de sa rente d'invalidité (rapport du 3 mai 2011). Ces différents rapports ne suffisent manifestement pas à rendre vraisemblable l'existence d'une atteinte psychique. Qui plus est, la chambre de céans rappelle que ces deux médecins ont expressément associé les troubles qu'ils ont retenus à la décision de restitution de l'intimé, laquelle a depuis lors été annulée, et qu'il ressort des indications du Dr E_____ que le recourant pourrait surmonter son « état dépressif » s'il acceptait de suivre un traitement.

Il sied également de relever que plusieurs médecins ont considéré que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance du recourant n'étaient pas limitées (rapports du Dr D_____ du 13 juillet 2011 et du Dr H_____ du 12 septembre 2012). Dans le même sens, les observateurs des EPI n'ont fait aucune constatation permettant de suspecter l'existence d'un quelconque trouble psychique.

Compte tenu de tout ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'existe aucune évaluation médicale faisant état d'un trouble psychique qui nécessiterait d'être investigué.

d. Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

Force est donc de conclure que la situation du recourant n'a pas subi de changement important propre à influencer son degré d'invalidité, de sorte qu'il n'existe pas de motif de révision. Le taux d'invalidité retenu par l'intimé en 1998 (35%) doit ainsi être confirmé et le recourant n'a pas droit à une rente.

14. Reste enfin à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation, étant rappelé que l'intimé a mis en place un stage d'orientation aux EPI afin de déterminer quelle activité pourrait être exercée et permettre au recourant d'augmenter progressivement son taux d'occupation.

15. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis) et des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b).

b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

c. Selon la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'Office fédéral des assurances sociales (CMRP, valable dès le 1^{er} janvier 2014) n'entrent en considération, pour l'octroi de prestations, que les mesures qui correspondent aux capacités et, dans la mesure du possible, aux dispositions des assurés et qui visent à atteindre le but de la réadaptation de manière simple et adéquate. Cette exigence implique qu'il existera un rapport raisonnable entre la durée et les coûts de la mesure d'une part et le résultat économique (au sens de l'efficacité de la réadaptation) d'autre part (CMRP § 1006).

16. a. Conformément à l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

b. Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée ou pour exercer l'activité exercée jusqu'alors (ATF 114 V 29 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests

d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191).

c. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (CMRP § 2001). Elle incombe à l'office AI, lequel peut ordonner, à côté des méthodes et mesures habituelles d'orientation professionnelle, dont les stages pratiques, un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI). Cet examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif (CMRP § 2003).

17. a. Aux termes de l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGa) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles (let. a) et d'occupation (let. b) qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2).

b. Se prononçant sur le sens de l'art. 14a LAI dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF, les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50 % au moins non seulement dans sa profession (art. 6 première phrase LPGa), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activités (art. 6 seconde phrase LPGa) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2.2 ; pour les motifs qui conduisent à une telle interprétation, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2009 du 14 décembre 2010 consid. 7.a).

c. La Circulaire sur les mesures de réinsertion de l'Office fédéral des assurances sociales (CMR, valable à partir du 1^{er} janvier 2012) précise que, à partir d'une capacité de travail de 50 %, l'aptitude à la réadaptation est considérée comme acquise, et qu'il y a lieu de prévoir directement des mesures d'ordre professionnel. Celles-ci visent notamment à créer les conditions professionnelles d'une réinsertion dans la vie active et à entraîner les intéressés à les remplir. C'est ainsi qu'une personne ayant une capacité de travail d'au moins 50 % et qui est objectivement et subjectivement apte à la réadaptation peut voir cette capacité augmentée ou stimulée grâce à un entraînement au travail. En revanche, les mesures de réinsertion ont pour but essentiel de rendre aptes à la réadaptation des personnes qui ont une capacité de travail inférieure à 50 % (CMR § 1027).

18. a. Conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

b. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

19. En l'occurrence, il ressort clairement des pièces versées à la procédure que le recourant présente une pleine et entière capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, et ce depuis décembre 1997. Eu égard à la jurisprudence fédérale, force est de constater que le droit à des mesures de réinsertion n'est pas ouvert.

Reste donc à déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation, étant rappelé que l'intimé lui reproche un manque d'engagement et estime avoir rempli son obligation en organisant une orientation professionnelle, laquelle comprenait un réentraînement au travail.

20. La chambre de céans observe en premier lieu que l'orientation professionnelle mise en œuvre a permis de confirmer, à l'issue de stages effectués aux EPI entre le 26 août et le 11 octobre 2013, que les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec des activités légères et pratiques en position assise lui permettant de se lever pour se détendre, et que ses facultés d'apprentissage lui permettaient de réaliser des activités simples et répétitives. Toutefois, il était relevé que le recourant était déconditionné et n'avait plus le rythme du monde du travail après tant d'années d'inactivité professionnelle. Un réentraînement progressif de six semaines a été mis en place, mais après s'être présenté les deux premiers jours, le recourant a produit des certificats médicaux jusqu'à l'issue de la mesure.

Cette absence pour raisons médicales ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective qui permettrait de considérer que de nouvelles mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. Il y a notamment lieu de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être refusées si l'assuré ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à une mesure de réadaptation professionnelle exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Toutefois, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Or, l'intimé n'a pas effectué une telle sommation légale de sorte que la cause devra lui être renvoyée pour qu'il procède conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, avant de statuer formellement sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que le recourant aura donné à cette mise en demeure.

Cela étant, il sied de relever qu'il paraît illusoire que le recourant, âgé de 53 ans, déconditionné par près de 20 ans d'inactivité professionnelle, désormais incapable d'exercer un métier physique alors que sa dernière activité était un travail de maçon, puisse retrouver un quelconque emploi par ses propres moyens. L'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle supplémentaire financée par l'intimé apparaît indispensable pour lui permettre un retour à la vie active et influencer positivement sa capacité de gain. D'ailleurs, le rapport des EPI précise qu'une longue période de réentraînement serait la meilleure solution pour une réinsertion progressive. En outre, prononcer de nouvelles mesures respecterait le principe selon lequel doit exister un rapport raisonnable entre la durée et les coûts de la mesure d'une part et l'efficacité de la réadaptation d'autre part, étant notamment rappelé que l'intimé n'a jamais mis en œuvre la moindre mesure avant 2013, et ce en dépit des conseils formulés par la Clinique de Bellikon en 1997, et a servi par erreur une rente au recourant pendant quatorze ans, contribuant ainsi à son déconditionnement. En cas de succès, l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'autres mesures d'ordre professionnel.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 6 décembre 2013 annulée au sens des considérants.

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour qu'il procède selon l'art. 21 al. 4 LPGA puis statue formellement sur le droit aux mesures de réadaptation.
4. Confirme la décision du 6 décembre 2013 pour le surplus.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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