

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/244/2017

ATAS/783/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 septembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____ , domicilié à GENÈVE, comparant avec _____ recourant
élection de domicile en l'étude de Maître Eric STAMPFLI

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE _____ intimé
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a requis, le 17 décembre 2012, des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} juin 2012 en raison d'une atteinte à son genou droit, ayant pour origine un accident du 14 mars 1982. Il avait obtenu un CFC de mécanicien automobile en 1978 et était sans activité lucrative depuis 2009.
2. Selon un rapport médical établi le 30 mars 1982 par le docteur B_____, clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur de l'hôpital cantonal universitaire de Genève, l'assuré avait subi une entorse grave du genou droit en glissant sur une pente herbeuse et avait été opéré le 17 mars 1982.
3. Selon un rapport établi par le docteur C_____, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, l'assuré avait été remis au travail le 24 janvier 1983 à 100%, mais il n'avait effectivement repris son travail que le 1^{er} février 1983.
4. Selon un rapport médical établi par le docteur D_____, médecine aérospatiale, et reçu par l'OAI le 10 janvier 2013, l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 28 juin 2012, en raison d'un traumatisme sévère au genou droit causé par un accident. Depuis 1982, il souffrait d'une arthrose secondaire qui s'aggravait, avec douleurs, limitations et boiterie. L'assuré ne pouvait pas exercer l'activité de mécanicien. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% après opération (prothèse genou). L'assuré pouvait exercer des activités uniquement en position assise et uniquement en position debout et travailler avec les bras au-dessus de la tête. Il ne pouvait pas exercer d'activités dans différentes positions, des activités exercées principalement en marchant, se pencher, être accroupi, à genoux, effectuer des rotations en position assise/en position debout, soulever et porter, monter sur une échelle/un échafaudage et monter des escaliers. Ses capacités de concentration, compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. Ces indications étaient valables depuis janvier 2012 (aggravation sérieuse).
5. Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a informé la SUVA avoir revu l'assuré à sa consultation pour la dernière fois le 9 novembre 2012. Ce dernier présentait un genou droit sec avec un battement interne important, une flexion-extension à 90-10-0, nécessitant la prise d'une médication anti-inflammatoire au quotidien. Le bilan radiologique à disposition mettait en évidence une importante arthrose tricompartmentale du genou droit. Selon ce médecin, l'arthrose affectant le patient, âgé de 54 ans, était la conséquence du traumatisme survenu en 1982 avec une probable laxité résiduelle importante entraînant la dégénérescence prématurée de l'articulation.
6. Le 16 octobre 2012, l'assuré a informé la SUVA que, lors de la survenance de son accident, il travaillait en qualité de mécanicien automobile auprès du garage F_____ SA à Genève. En raison des séquelles de son accident, il avait été

contraint de se recycler dans une activité adaptée. Il avait repris en 1983 un commerce d'accessoires de motocycles jusqu'à la faillite de celui-ci, prononcée en 1996. En sa qualité d'indépendant, il n'avait pas eu le droit à des prestations du chômage. Au fil des années, l'état de son genou s'était aggravé. Il souffrait actuellement de douleurs permanentes de nuit comme de jour et sa mobilité était réduite.

7. À teneur d'un rapport médical établi le 6 mars 2013 par le Dr E_____, l'assuré souffrait d'une gonarthrose tricompartmentale D et devait être hospitalisé du 14 au 25 mars 1982 pour subir une arthroplastie prothétique. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail après l'opération et la convalescence.
8. À teneur d'un rapport établi le 17 juin 2013 par le docteur G_____, chef de clinique, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après le service de chirurgie orthopédique), l'assuré avait été hospitalisé du 11 au 22 avril 2013 et son traitement avait constitué en une PTG (prothèse totale du genou) droite. L'incapacité de travail était de 100% du 11 avril au 1^{er} juillet 2013 « ? », selon l'évolution. Le médecin réservait la réponse aux questions sur l'exigibilité de l'activité exercée et le rendement, selon l'évolution « avec PTG ». On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} juillet 2013, selon l'évolution.
9. À teneur d'une lettre de sortie établie le 29 avril 2013 par le service de chirurgie orthopédique, l'assuré avait subi une PTG droite le 12 avril 2013 et les suites opératoires étaient favorables.
10. Selon un rapport établi le 4 juin 2013 par des médecins de la clinique genevoise de Montana, l'assuré, qui avait été hospitalisé du 22 avril au 8 mai 2013, avait bénéficié de séances de physiothérapie régulières (rééducation à la marche, renforcement musculaire et massages). À la fin de son séjour, il marchait seul avec deux cannes et était autonome pour les escaliers. Une nette diminution des douleurs avait été objectivée ainsi qu'une bonne récupération de la force musculaire de la mobilité de genou droit (flexion à 100°). L'assuré présentait une obésité de stade 1.
11. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 20 septembre 2013 par un médecin du service de chirurgie orthopédique, dont la signature est illisible, il est mentionné s'agissant de l'évolution jusqu'à ce jour et de l'état actuel : « 25 juillet 2013 bonne évolution » et que la reprise du travail était prévue le 1^{er} août 2013 à 100%.
12. Selon un rapport médical intermédiaire établi le 7 novembre 2013 par le docteur H_____, du service de chirurgie orthopédique, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré suite à la PTG d'avril 2013. La capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé en tant que mécanicien et de 100% dans une autre activité adaptée telle que « bureautique ».
13. Dans un rapport médical intermédiaire destiné à la SUVA du 12 novembre 2013, le Dr H_____ a mentionné sous : reprise du travail « revoir en janvier 2014 ».

14. Selon un rapport établi le 5 février 2014 par les Drs H_____ et I_____, du service de chirurgie orthopédique, le patient avait été revu par ce service neuf mois après sa PTG à droite. Il marchait sans cannes et poursuivait sa physiothérapie. Il rapportait des plaintes annexes avec des douleurs du talon et de la fesse prédominantes le matin avec des horaires plutôt inflammatoires. À l'examen clinique, étaient retrouvés un genou sec, une cicatrice propre et calme, des mobilités à 100/0/0°, mais pas de laxité frontale ni sagittale. Il y avait quelques douleurs à la palpation de l'insertion des muscles de la patte d'oie. L'élévation de la jambe reproduisait une partie des douleurs fessières. La percussion des épineuses L5-S1 ainsi que la palpation des muscles paravertébraux étaient douloureuses sans toutefois reproduction des douleurs fessières ou talonnières. Devant ce tableau, une probable radiculalgie tronchée était invoquée et il était conseillé au patient de consulter son médecin traitant afin de mettre en place un traitement avec un suivi régulier. Au niveau du genou, les résultats étaient bons avec une absence de douleur et un résultat fonctionnel satisfaisant.
15. À teneur du rapport établi le 4 avril 2014 par le docteur J_____, médecin des assurances de la SUVA, celui-ci avait examiné l'assuré le jour précédent. Dans son appréciation, il relevait qu'un an après la mise en place de la prothèse, le résultat n'était pas complètement satisfaisant avec un genou qui restait chaud, une flexion limitée à 100%, avec persistance de douleurs lors de la montée des escaliers. L'assuré était actuellement suivi par le Dr E_____ qui devait le revoir pour un bilan dans quelques jours afin de faire le point sur l'évolution une année après l'arthroplastie et éliminer ainsi un éventuel descellement. Le cas ne pouvait pas encore être déclaré stabilisé à ce jour.
16. À teneur d'un rapport médical intermédiaire établi le 9 mai 2014 par le Dr E_____, la physiothérapie était toujours bénéfique et le pronostic incertain. L'étiologie précise des douleurs résiduelles restait incertaine. Ce médecin n'a pas répondu aux questions de la SUVA relatives à la reprise du travail.
17. Le 12 juin 2014, le Dr J_____ a informé la SUVA qu'on pouvait considérer que le cas de l'assuré était actuellement stabilisé. Il n'y avait pas de nouvelle intervention chirurgicale prévue. L'ancienne activité définie dans le rapport du 16 octobre 2012 était exigible actuellement. Pour le futur, il accepterait des séances de physiothérapie au rythme d'une séance hebdomadaire pendant une année puis deux séances mensuelles pendant encore une année afin de poursuivre le traitement contre l'amyotrophie.
18. Dans un avis médical établi par le docteur K_____, médecin SMR, le 2 juillet 2014, ce dernier a rappelé que selon le Dr J_____ – qui avait vu l'assuré le 3 avril 2014 – un an après la mise en place de la prothèse, le résultat n'était pas complètement satisfaisant avec un genou qui restait chaud, une flexion limitée à 100% (sic) et avec la persistance de douleurs lors de la montée des escaliers et que le cas ne pouvait pas encore être déclaré stabilisé à ce jour. Le Dr K_____ indiquait ensuite que l'activité habituelle de l'assuré comme mécanicien était compromise, vu les

limitations fonctionnelles, mais que dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière. Étant donné que l'état n'était pas stabilisé, on pouvait s'attendre à une diminution de rendement, par le fait que l'assuré faisait de la physiothérapie et d'autres visites médicales. Il convenait de présenter le dossier à la permanence de réadaptation.

19. La doctoresse L_____, médecin SMR, a indiqué le 3 mars 2015 que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0% et de 100% dans une activité adaptée depuis août 2013. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 1^{er} août 2013 (RM des HUG pour la SUVA du 20 septembre 2013). Il fallait privilégier un poste où l'assuré pouvait changer de position à sa guise, éviter les positions statiques prolongées, le port de charges (max. 5 kg exceptionnellement), la marche en terrain irrégulier, les activités en position accroupie et à genou ou impliquant de monter ou descendre des escabeaux ou des échafaudages, etc.
20. Le 25 avril 2016, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente dès le 1^{er} juin 2013 et de suppression de rente le 31 octobre 2013. Depuis le mois de juin 2012 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. À l'issue du délai de carence, à savoir en juin 2013, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toutes activités. Cependant les éléments recueillis durant l'instruction permettaient au SMR d'estimer l'assuré apte au travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le mois d'août 2013. Afin de déterminer sa perte de gain à cette même période, l'OAI avait procédé à une comparaison de ses revenus avec et sans invalidité qui déterminait son degré d'invalidité. Il s'était référé au tableau T1, tous secteurs confondus, de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), qui indiquait qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activité simple et répétitive) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 62'672.-. En raison de limitations fonctionnelles dues à son atteinte et à son âge, il accordait à l'assuré une réduction supplémentaire de 10%, ramenant le salaire brut annuel à CHF 56'404.-. Les données économiques rassemblées ne permettant pas de déterminer le dernier revenu de l'assuré, l'OAI avait repris le même salaire statistique pour déterminer le revenu sans invalidité, soit CHF 62'672.-. La comparaison des revenus indiquait un taux d'invalidité de 10%, lequel n'ouvrait pas de droit à une rente. La suppression de la rente intervenait du moment que le changement de situation avait duré trois mois sans interruption notable conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI).
21. Le 30 juin 2016, l'assuré a fait valoir qu'en octobre 2013, le changement dans son aptitude à reprendre une activité lucrative ne s'était pas maintenu durant une période de trois mois, contrairement à ce que retenait le projet de décision.
22. Le 11 août 2016, la Dresse L_____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était suffisamment stabilisé en août 2013 pour retenir une aptitude à la réadaptation et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. À cette date, une capacité de travail dans une activité habituelle de l'assuré de mécanicien automobile n'était

pas envisageable. Ceci était par ailleurs l'avis du Dr J_____ qui considérait que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, en faisant référence à l'activité habituelle. Usuellement, on s'attendait à une reprise d'activité dans le délai de six mois après la mise en place d'une PTG sans complication.

23. Par décision du 6 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
24. Le 23 janvier 2017, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. L'OAI avait violé le droit en retenant le début d'un changement au sens de l'art. 88a al. 1 RAI en juin 2013. En octobre 2013, le changement dans son aptitude à reprendre une activité lucrative à 100% ne s'était pas maintenu pendant trois mois. L'OAI s'était fondé sur le rapport médical établi par le service de chirurgie du 17 juin 2013. Or, ce rapport mentionnait « selon l'évolution ». Ce changement n'était dès lors pas certain pour le médecin concerné. Il avait fallu attendre le rapport médical du 2 juillet 2014 pour conclure qu'une activité lucrative était exigible de sa part. Il convenait ainsi de retenir que ce n'était que dès le mois de juillet 2014 que l'on pouvait raisonnablement s'attendre à ce qu'aucune complication prochaine ne se manifeste dans les trois mois suivants. Cette date devait ainsi être retenue pour déterminer le moment de la suspension de la rente.
25. Par réponse du 20 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Dans son avis du 3 mars 2015, le SMR avait indiqué un début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} août 2013, soit quatre mois après l'opération dont les suites avaient été favorables. L'OAI s'étonnait que le conseil du recourant ait invoqué les principes jurisprudentiels sur la révision alors qu'il s'agissait d'une première demande de prestations. Le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectivant un changement dans son état de santé ou faisant état d'une atteinte justifiant qu'il ne soit pas apte à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100% depuis août 2013 comme l'avait retenu le SMR.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 31 octobre 2013 et, en particulier, sur la date à laquelle il a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

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

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

6. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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

- a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

- b. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

- c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d. Un rapport du SMR, au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

12. 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).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En

particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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).

14. En l'espèce, l'OAI a accordé à l'assuré, le 6 décembre 2016, une rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2013 et a, dans la même décision, supprimé cette rente au 31 octobre 2013, ce qui correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, selon la jurisprudence précitée.

L'OAI a considéré dans la décision querellée que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois d'août 2013, en se référant à un avis du SMR, fondé sur les éléments recueillis durant l'instruction.

Il s'agit de l'avis établi le 3 mars 2015 par la Dresse L_____, qui retenait une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée depuis août 2013, soit quatre mois après l'opération, et qui fixait le début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} août 2013, en faisant référence au rapport médical rendu le 20 septembre 2013 par le service de chirurgie orthopédique.

Il ressort de ce dernier rapport qu'au 25 juillet 2013, l'évolution de l'assuré était bonne et que la reprise du travail était prévue le 1^{er} août 2013 à 100%. Ce rapport n'émettait pas de réserve selon l'évolution contrairement à celui établi un mois auparavant par le Dr G_____, du même service.

Aucun rapport médical postérieur au 20 septembre 2013 ne remet sérieusement en cause une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée dès le mois d'août 2013. Le fait que le Dr H_____ a indiqué dans son rapport adressé à la

SUVA le 12 novembre 2013 « revoir en janvier 2014 », s'agissant de la reprise du travail, sans plus de motivation, ne suffit pas à remettre en cause la date de reprise du travail au 1^{er} août 2013, ce d'autant plus que ce même médecin a mentionné, dans un rapport adressé à l'OAI le 7 novembre 2013, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré suite à la PTG d'avril 2013 et que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée.

Aucun élément du dossier ne laisse penser que l'état de l'assuré se serait dégradé après le 1^{er} août 2013, au point de ne plus pouvoir travailler, même dans une activité adaptée. Les douleurs évoquées par les Drs H_____ et I_____ dans le rapport du 5 février 2014 sont sans lien avec la prothèse au genou droit de l'assuré et il n'est pas précisé qu'elles auraient eu une incidence sur sa capacité de travail. Ces douleurs ne l'empêchaient notamment pas de marcher sans cannes, à teneur dudit rapport. S'agissant du genou droit, une absence de douleur et un résultat fonctionnel satisfaisant étaient constatés.

Dans son rapport du 4 avril 2014, le Dr J_____ relevait que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé, précisant qu'un an après la mise en place de la prothèse, le résultat n'était pas totalement satisfaisant avec un genou qui restait chaud, une flexion limitée à 100% avec persistance de douleurs uniquement lors de la montée des escaliers. Au vu de cette description de l'atteinte à l'état de santé, celle-ci n'empêchait manifestement pas l'assuré de travailler à 100% dans une activité respectant ses limitations.

Il est ainsi établi, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que l'assuré a retrouvé une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations dès le 1^{er} août 2013. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu un changement notable de circonstances dès le 1^{er} août 2013 et supprimé la rente d'invalidité de l'assuré trois mois plus tard, soit le 31 octobre 2013, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, étant relevé que la détermination du degré d'invalidité à laquelle l'OAI a procédé n'a pas été critiquée par le recourant et n'appelle pas la critique.

15. Infondé, le recours sera rejeté.
16. Le recourant, qui succombe, sera condamné à un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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