RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2653/2019 **ATAS/1218/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS — recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1994, ressortissant kosovar, est administrativement entré en Suisse (selon les éléments recueillis par la base de données de l'office cantonal de la population et des migrations [ci-après : l'OCPM ou CALVIN]) le 30 septembre 2016, jour de son mariage avec une ressortissante d'origine serbe naturalisée suisse en 2011. Il a à ce titre obtenu un permis B (regroupement familial avec autorisation de travail).

2. Engagé dès le 12 septembre 2016 par la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), pour une durée limitée au 11 octobre 2016, en qualité d'aide-poseur à 80 %, il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA (ci-après : la CNA, ou l'assurance-accidents).

3. Le 16 septembre 2016, à 15h30, il a fait une chute, en descendant d'un pont roulant, alors qu'il se trouvait au travail : ayant manqué une marche, il en a dévalé trois, percutant chaque fois son genou droit. À sa réception sur la dernière marche, il s'est coincé le genou entre deux marches. Il s'était rendu à la Permanence de la Servette, d'où il avait été transféré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'examen clinique se révélant impossible en raison des douleurs : le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne dans cette permanence, avait néanmoins constaté une tuméfaction diffuse du genou droit, remarquant qu'il n'y avait pas de fracture visualisée, mais précisant que le bilan radiologique était incomplet.

4. Une IRM du 20 septembre 2016 a montré une déchirure partielle du muscle vaste interne de grade I sans image de collection liquidienne décelée, associée à un important œdème des tissus mous au niveau entéro-interne du genou, à corréler avec la clinique et les antécédents; minime contusion osseuse sur le versant latéral de la trochlée fémorale; clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade II).

5. Dès le 27 octobre 2016, l'assuré a été pris en charge par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (ci-après : le chirurgien traitant).

6. La CNA a pris les suites de l'accident en charge.

7. En date du 29 octobre 2018, au vu de la mauvaise évolution des suites de l'accident du 16 septembre 2016, à l'invitation de la CNA, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il était en incapacité totale de travail, en cours dès le 16 septembre 2016, en raison d'une bursite prépatellaire du genou D chronique, post-traumatique et douleurs chroniques, après un accident professionnel.

8. L'OAI a sollicité de la CNA une copie de son dossier, et interpellé l'employeur en vue de recueillir les renseignements utiles. Il ressortait notamment du dossier de la CNA que :

   - le 3 mai 2017, le chirurgien traitant a communiqué à la CNA un certificat médical (contresigné par l'assuré) ainsi que la copie du rapport de radiographie du genou droit face et profil et axial rotule à 30° du 21 avril 2017 et de l'IRM du genou droit du même jour : la radiographie concluait à une tuméfaction importante des tissus mous prérotulienne « (bursite pré rotulienne ?) » et l'IRM à une bursite prérotulienne importante, le reste de l'examen étant sans particularité. Le chirurgien traitant considérait que, vu l'état actuel et l'importance de la bursite, seul un traitement chirurgical, dont le timing restait à définir, pouvait améliorer l'état du patient et la capacité de travail (ci-après : CT);
   - l'assuré avait pu bénéficier d'une bursectomie prépatellaire le 17 avril 2018;
   - en juillet 2018, le Dr D_____ indiquait néanmoins que l'évolution était très mauvaise : l'atrophie musculaire n'était pas corrigée; le patient ne pouvait toujours pas quitter les cannes. Le pronostic était très réservé. La reprise du travail n'était toujours pas possible;
   - l'assuré a bénéficié d'un séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 3 au 19 octobre 2018, en vue de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du genou droit, avec évaluation multidisciplinaire.

9. Le 19 décembre 2018, le Dr D_____ a adressé à l'OAI un rapport médical sur formule préimprimée : selon lui, la CT était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation s'était situé au 21 décembre 2016; limitations fonctionnelles (ci-après : LF) : le patient marchait encore avec deux cannes et ne pouvait rester assis. Symptômes médicaux : atrophie cuisse droite, bursite prérotulienne invalidante, même après opération; kinésiophobie. La médication actuelle consistait en la prise d'AINS et en un traitement de physiothérapie. Constatations objectives : bursite prérotulienne, déchirure partielle interne du tendon quadricipital droit. Le pronostic était très réservé; mesures envisagées : physiothérapie, soutien psychologique. Facteur faisant obstacle à la réadaptation : état physique et impact psychologique; accomplissement des tâches ménagères : inapte à 100 %.

10. Le 4 janvier 2019, l'OAI a reçu réponse à un questionnaire adressé au service d'orthopédie des HUG : la dernière évaluation du patient remontait au début août 2018 (status à trois mois post bursectomie prépatellaire droite). Le docteur E_____, chef de clinique, qui avait examiné le patient à cette occasion, avait adressé au chirurgien traitant un rapport de consultation, dont il ressortait qu'à ce jour, le patient présentait encore des douleurs importantes situées au niveau prépatellaire avec allodynie dans cette région et une légère tuméfaction avec une

discoloration cutanée fluctuante, avec actuellement une légère rougeur de 4 cm de diamètre. La cicatrice en tant que telle était calme, légèrement hypertrophique. La mobilité en flexion-extension se situait à 90-0-0, limitée par les douleurs antérieures du genou. Compte tenu des éléments d'anamnèse et d'examen clinique précités, le chirurgien pensait que les symptômes persistant à ce jour étaient secondaires à un CRPS. Les traitements itératifs par vitamine C et Calcitonine n'avaient pas amené d'amélioration par le passé (suspicion de CRPS en préopératoire). Il pensait qu'un suivi à long terme chez un spécialiste en médecine physique et/ou de la douleur était indiqué. À la question de savoir, sur le plan strictement orthopédique, quelle était la CT dans l'activité habituelle (ci-après : AH) d'aide-poseur, à quel taux (en pour cent ou en nombre d'heures par jour), et depuis quand, le spécialiste des HUG estimait qu'il n'y avait pas de contre-indication médicale à la mise en charge et à la mobilisation du genou; CT : il renvoyait au Dr D_____, tant pour l'AH que pour une activité adaptée aux LF (ci-après : AA).

11. a. Après évaluation par le service de réadaptation, l'OAI a, le 28 février 2019, octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une évaluation/orientation (art. 7d LAI), aux métiers de l'horlogerie et industrie, pour une durée de trois jours, ainsi qu'un cours de français intensif (FLE niveau A1-débutant) de trois mois, en vue de l'exercice d'une activité adaptée.

    b. Il est ressorti du compte-rendu du stage d'évaluation susmentionné que l'intéressé ne réunissait pas les prérequis nécessaires pour une formation de base en tant qu'opérateur en horlogerie, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, malgré sa forte motivation. Le détail des constatations du prestataire sera évoqué dans la mesure utile dans les considérants.

12. Le 15 mars 2019, l'OAI a reçu un rapport de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine générale au Centre médical Carteret (ci-après : la généraliste traitante). La CT exigible était de 0 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée; elle suivait le patient depuis le 19 décembre 2018, parallèlement au suivi orthopédique par le chirurgien traitant. Depuis quelques mois, le patient souffrait aussi de céphalées occasionnelles et d'un état anxiodépressif. Le diagnostic incapacitant retenu était celui de bursite chronique du genou « gauche » [sic !] (recte : droit), et les diagnostics, sans incidence sur la CT, ceux de céphalées et d'état anxiodépressif; le pronostic sur la CT était favorable dans une activité adaptée. Elle proposait la poursuite du traitement actuel, du suivi orthopédique (Dr D_____), et de la psychothérapie par la psychologue (Madame F_____). Les LF dans l'AH étaient l'impossibilité de stationner longtemps debout, de marcher sur de longs trajets, de soulever et porter des charges, de s'accroupir, de monter et descendre les escaliers. Dans une AA, on pouvait raisonnablement attendre du patient un horaire journalier de travail de six à huit heures. Le pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient était favorable, aucun facteur ne faisant obstacle à une réadaptation.

13. Dans un avis du 3 avril 2019, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu son rapport final : après avoir rappelé le contenu essentiel du dossier médical, prenant en particulier en compte les avis du chirurgien orthopédique traitant, des HUG, de la généraliste traitante, de la CRR et du médecin d'arrondissement de la CNA, le SMR retenait une CT nulle dans l'AH, et entière (100 %) dans une AA depuis le 26 février 2019, comme l'indiquait la généraliste traitante. L'atteinte principale retenue était une bursite prérotulienne du genou droit, l'autre atteinte étant un status après arrachement de l'insertion interne du quadriceps sur le pôle supérointerne de la rotule, le 16 septembre 2016, traité par immobilisation. Les LF étaient : éviter la station debout prolongée, la marche prolongée et en terrain irrégulier, le port de charges de plus de 10 kg, monter et descendre les escaliers, échelles et échafaudages ainsi que les positions à genou et accroupie. En cas de d'octroi de prestations, un traitement spécialisé n'était pas exigible et le SMR ne proposait pas d'échéance pour une révision.

14. Par courrier du 8 avril 2019, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'en raison de son état de santé et selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.

15. Par courrier du 2 mai 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles : le statut d'assuré était mixte (80 % actif et 20 % pour l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage). À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'AH depuis le 16 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une AA, la CT était entière dès le 26 février 2019. La demande de prestations ayant été déposée le 29 octobre 2018, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte, étant donné que le droit à une rente, dans le cas particulier, n'aurait pas pu naître avant le mois d'avril 2019. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à une perte de gain négative de CHF 1'697.-; le salaire avec invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité, le taux d'invalidité devait être considéré comme nul. Une enquête à domicile pour déterminer ses empêchements dans la sphère ménagère n'avait pas lieu d'être, car elle n'était pas susceptible de modifier le refus de rente.

    Les détails des calculs de l'OAI (cf. pièce 13 OAI) ayant permis d'aboutir à cette décision seront évoqués dans la mesure utile dans les considérants.

16. Par courrier du 21 mai 2019, l'assuré s'est opposé au refus de mesures de réadaptation professionnelle : il avait subi un accident le 16 septembre 2016, dont les suites lui laissaient des séquelles invalidantes telles que l'on ignorait encore, - même si elles étaient en progrès (recte : en régression) -, s'il pourrait reprendre son travail. Selon son chirurgien traitant, cela ne serait pas possible. Jeune et marié, il avait envie de travailler et il le devrait. Ces circonstances étaient à ses yeux suffisantes pour justifier une réadaptation professionnelle post-traumatique. Le SMR considérait que sa CT était entière, donc sans restrictions : cet avis, erroné

selon l'assuré, était basé sur une décision de la CNA contre laquelle il formait (recte : formerait) également opposition.

17. Par courrier du 28 mai 2019, contresigné par son chirurgien traitant, l'assuré a confirmé son opposition du (21) mai 2019 et la teneur des courriers de son médecin l'accompagnant. Sa situation ne correspondait pas à la description qu'en faisait l'OAI (en substance, il contestait le statut mixte retenu) : d'abord par ce qu'il ne pouvait pas encore travailler, et ensuite parce qu'il n'avait aucune activité ménagère à 20 %. Ces chiffres étaient arbitraires et infondés. Il joignait à son courrier, « afin que l'OAI comprenne sa situation de manière définitivement plus claire », la copie du recours qu'il interjetait contre la décision sur opposition de la CNA, ainsi que les pièces médicales qui y étaient jointes.

18. L'OAI a soumis ce courrier et ses annexes au SMR, qui s'est déterminé dans un avis du 27 juin 2019 : rappelant les termes et conclusions de son rapport final du 3 avril 2019, ce service a conclu que les pièces médicales ajoutées au dossier ne permettaient pas de modifier ses conclusions.

19. Par décision du 28 juin 2019, l'OAI, reprenant les termes de son projet de décision, a rejeté la demande de prestations. Il observait, au sujet de la contestation de l'assuré, que les mesures de reclassement professionnel avaient pour but de réduire le dommage, en procurant une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, pour autant que la perte de gain subie soit durable et de l'ordre de 20 % environ, entre son activité habituelle et les activités accessibles sans formation; cette condition n'était pas réalisée, en l'espèce.

20. Par courrier daté du 11 juillet 2019 adressé à l'OAI, - qui l'a transmis avec ses annexes à la chambre de céans pour motif de compétence -, l'assuré a recouru contre la décision du 28 juin 2019. Il souffrait toujours de son traumatisme au genou droit du 16 septembre 2016, restant toujours en incapacité totale de travail, étant précisé qu'il aurait besoin ultérieurement d'une réinsertion professionnelle. Il visait dans le cadre de son recours les pièces essentielles du dossier CNA produites dans la procédure LAA (A/2112/2019), et concluait préalablement à la suspension de son recours AI (jusqu'à droit jugé dans la cause LAA).

21. L'OAI s'est déterminé au sujet du recours par courrier du 30 juillet 2019 : il en proposait le rejet. S'agissant de la demande de suspension de la cause jusqu'à droit connu dans la procédure l'opposant à la CNA, l'intimé s'y opposait : il ressortait des éléments médicaux du dossier que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais avait, dès le 26 février 2019, une CT de 100 % dans une activité adaptée à ses LF (éviter la station debout prolongée, la marche prolongée et en terrain irrégulier, le port de charges de plus de 10 kg, monter et descendre les escaliers, échelles et échafaudages, ainsi que les positions à genoux et accroupie). Cette CT était confirmée par la généraliste traitante de l'assuré (rapport de la Dresse E_____ du 15 mars 2019). Cela étant, le recours n'apportait aucun argument permettant de faire une appréciation différente du cas.

22. Plaidant désormais au bénéfice de l'assistance juridique partielle et assisté d'un conseil, le recourant a répliqué par courrier du 25 novembre 2019 : il rappelait se trouver en état d'« invalidité » depuis son accident de travail du 17 (recte : 16) septembre 2016; la longue durée du traitement était notamment due à une prise en charge initiale insuffisante, un accueil tardif à la CRR (en octobre 2018), éléments résumés par le chirurgien traitant dans son rapport du 22 novembre 2019 (pièce nouvelle). Ayant rappelé les étapes ultérieures du traitement, savoir la bursectomie et les évaluations postopératoires, ainsi que le séjour à la CRR, le recourant indiquait avoir été revu par les HUG le 31 juillet 2019. Les chirurgiens des HUG constataient une amélioration très discrètement favorable, globalement une absence d'évolution, de sorte qu'un nouvel avis des ergothérapeutes (pour un bilan sensitif dans le contexte d'allodynie prépatellaire droite) et une consultation spécialisée du service de rhumatologie (pour réévaluer une piste éventuelle pour un rhumatisme inflammatoire) étaient sollicités. Le 3 octobre 2019, le professeur G_____ (service de rhumatologie des HUG) avait posé le diagnostic de syndrome douloureux régional chronique droit, à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique (16 septembre 2016); il observait qu'il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire. Le patient présentait des douleurs chroniques neuropathiques à la suite d'une bursite traumatique; l'évolution était stagnante malgré le traitement conservateur et la bursectomie. La clinique évoquait un SRDC, « avec critère de Budapest présent ».

    Le recourant mettait en évidence un passage d'un article, extrait de la Revue médicale suisse de 2014, concernant le SRDC, produit à l'appui de ses écritures et selon lequel : « *le socle thérapeutique demeure la restauration fonctionnelle précoce, avec la physiothérapie et l'ergothérapie. En plus des techniques antalgiques, du drainage, des mobilisations progressives, la réactivation précoce de l'ensemble de la personne souffrant d'un SRDC est primordiale* ». Il déduisait de cet extrait qu'étaient ainsi préconisés les actes médicaux dont l'absence avait été déplorée par son chirurgien traitant. Toujours est-il qu'il présentait actuellement une invalidité qui perdurait depuis 2016, sur laquelle l'OAI devait entrer en matière après instruction sur la CT. Il concluait donc à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée; subsidiairement, la cause devait être renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

23. L'intimé s'est déterminé par courrier du 19 décembre 2019, joignant à son écriture l'avis du SMR au sujet des nouvelles pièces produites, aux conclusions duquel il se ralliait intégralement, persistant dans ses conclusions antérieures.

    De l'avis du SMR, les nouvelles pièces produites par le recourant n'amenaient pas d'éléments objectifs nouveaux. Le chirurgien traitant concluait que l'évolution était positive et encourageante : l'assuré avait pu quitter ses cannes. Il estimait néanmoins que la CT était nulle de manière définitive dans son ancien travail, ainsi que dans toute autre activité; l'évolution lente était déjà connue au dossier, l'assuré pouvant se déplacer sans cannes; le SMR ne pouvait suivre le chirurgien traitant

quant à une incapacité totale dans toute activité. Une activité sédentaire avec respect des LF d'épargne du genou droit était tout à fait exigible. Selon le rapport du service d'orthopédie des HUG, l'assuré avait pu quitter ses cannes mais se plaignait toujours de gonalgies; les amplitudes articulaires étaient de 90-0-0 en actif, et de 100-0-0 en passif; une prise en charge ergothérapeutique, physiothérapeutique et rhumatologique était proposée. Le rapport de consultation spécialisée de rhumatologie retenait le diagnostic de CRPS du genou droit à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique. Les amplitudes articulaires étaient, en actif, de 100-0-0, et en passif de de 150-0-0. Une origine rhumatismale était exclue; les chirurgiens préconisaient de la physiothérapie et un séjour à la CRR. Selon le SMR, au terme de ces rapports, les amplitudes articulaires s'étaient nettement améliorées par rapport à ce qu'il était possible de mesurer lors du séjour à la CRR en octobre 2018; l'assuré se déplaçait sans cannes; une activité sédentaire avec respect des LF d'épargne du genou était dès lors exigible.

24. Par courrier du 10 janvier 2020, le recourant a versé à la procédure un chargé de pièces complémentaire contenant : l'attestation du 7 janvier 2020 du service de chirurgie des HUG déclarant le recourant totalement incapable de travailler dans son métier habituel et dans une activité adaptée, ainsi qu'une nouvelle attestation du chirurgien traitant, du 10 janvier 2020, prenant position sur l'avis du SMR du 16 décembre 2019. Le Dr D_____ considérait que le diagnostic supplémentaire de SRDC à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique, posé le 4 octobre 2019 par les HUG, constituait un facteur aggravant, notamment par rapport aux possibilités thérapeutiques et curatives; le diagnostic portait sur une bursite prépatellaire post-traumatique; ceci était exact mais incomplet : la bursite était secondaire au diagnostic premier (déchirure documentée de la face antéro-interne du vaste interne, de surcroît non traitée pendant six semaines). Sans cette déchirure, l'évolution eût été toute autre. Selon le recourant, la jurisprudence invitait à une expertise, vu ici les doutes manifestes affectant la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne par l'intimé.

25. Le 26 octobre 2020, la chambre de céans a entendu le Dr D_____, et les parties : l'OAI (pour la procédure A/2653/2019) et la CNA (pour la procédure A/2112/2019); le recourant était assisté de son conseil, en présence d'un interprète, - quand bien même la plupart du temps, il répondait directement en français.

    Le recourant a déclaré que, pour l'instant, il n'avait pas recherché d'emploi car il ne pouvait pas travailler, en raison de ses douleurs à la jambe. Il était vrai qu'il était intéressé, à un moment donné (2018 ou 2019), à travailler dans l'horlogerie : il avait essayé, mais à l'époque, il avait très mal. Actuellement, il ne faisait plus de physio depuis 2 mois car il n'arrivait plus à régler les factures : celles-ci étaient bien prises en charge par sa caisse-maladie, mais c'était le 10 % de participation qu'il n'arrivait pas à payer. Il prenait toujours des médicaments, mais ceci à la demande, lorsque sa jambe le faisait souffrir, ce qui n'était pas le cas tous les jours. Il était encore suivi par le Dr D_____, à raison de 2 fois par mois, au moins, parfois plus. Pendant ses

consultations, le Dr D_____ examinait sa jambe droite et lui donnait des ordonnances et des crèmes. Il faisait des exercices d'auto-physiothérapie à la maison, sur la base des conseils de son médecin et du physiothérapeute. La Dresse E_____ le suivait toujours, pour tous ses problèmes, y compris la jambe. Il habitait aux Pâquis et s'était déplacé en bus. Il ne portait plus de béquilles. Il pouvait marcher tout seul, sans cannes depuis 7 à 8 mois. Sur question de son conseil, il pouvait parcourir 200 m à pied sans que surgissent des douleurs importantes; en résumé, lorsqu'il n'utilisait pas sa jambe, la douleur pouvait se situer sur une échelle de 3 à 5 sur 10, et lorsqu'il l'utilisait, elle pouvait monter plus haut, tout dépendant de l'effort. Sur question, il confirmait avoir des douleurs jour et nuit. On pouvait dire qu'il s'était en quelque sorte habitué à vivre avec ses douleurs. Sur question de la CNA, les médicaments qu'il prenait étaient du Dafalgan, de l'ibuprofène et des crèmes dont il ne se souvenait plus du nom, même s'il les appliquait tous les jours.

Journée-type : il se levait à 8h, prenait son petit-déjeuner (la plupart du temps préparé par sa femme), puis lisait un peu et regardait la télévision; ensuite, un peu de fitness, surtout les bras, pour passer le temps; quelquefois, il allait chez sa sœur; avec sa femme si elle ne travaillait pas. Il voyait également ses amis, « comme tout le monde ». S'agissant du ménage, il descendait la poubelle et faisait des petits trucs (mettre la table, lorsque sa femme était fatiguée; faire les commissions [petites courses – qu'il pouvait transporter, mais avec un sac à dos]). S'agissant du ménage, ce n'était pas lui qui faisait le lit, mais il pliait la couverture.

Le Dr D_____, témoin, a déclaré en substance ce qui suit : il convenait que le délai entre la survenance de l'accident le 16 septembre 2016 et ce jour, - sans que l'on puisse parler de guérison, même s'il y avait un mieux -, pouvait paraître surprenant. Toutefois, pour lui, les choses s'expliquaient; il convenait pour cela de revenir sur la chronologie et le mécanisme de la chute : le patient était certes tombé d'un pont roulant de 3 m de haut, non pas en direct, mais le long d'une des échelles latérales, son genou droit ayant tapé à plusieurs reprises les barreaux de l'échelle. C'était ce phénomène répétitif qui n'était pas anodin. Vu ses douleurs, comme cela se passe dans le cadre d'un accident relativement modéré (à défaut de quoi il y a hospitalisation), il avait consulté une permanence, d'où il avait été directement envoyé à l'hôpital, où il avait été examiné une première fois. Mais l'intéressé était revenu à l'hôpital le lendemain parce qu'il avait de grosses douleurs : et cela n'était pas usuel. Un autre facteur expliquait la situation actuelle : le fait que M. A_____ était arrivé en Suisse relativement peu de temps avant l'accident, sous un statut de réfugié. Le fait qu'il ait eu cet accident aussi rapidement après son arrivée en Suisse l'avait beaucoup choqué. Sur la base du diagnostic exact retenu par les médecins de l'hôpital, - qui avaient bien fait leur travail (constatant un épaississement de la partie antérieure du genou qui allait devenir une bursite et une déchirure partielle du muscle du vaste interne) -, ces derniers avaient prescrit une attelle, une paire de cannes et des anti-inflammatoires, le tout pour 6 semaines. Le patient avait

également été invité à consulter un orthopédiste. D'après ce que comprenait le témoin, il y avait eu une mauvaise compréhension du patient par rapport à ce délai de 6 semaines. En effet, c'était seulement à la fin de ce délai qu'il était venu le consulter. À ce moment-là, son muscle partiellement déchiré était considérablement atrophié, n'ayant pas été sollicité depuis tout ce temps. Si d'emblée on avait pu mettre en place la physiothérapie, le muscle en question n'aurait pas perdu autant de substance, et ceci malgré la déchirure. Il avait assez rapidement réalisé que la suite d'un traitement en ambulatoire ne serait pas suffisante, de sorte que début janvier 2017, il préconisait déjà un séjour à la CRR de Sion; mais il n'avait pas été suivi par la CNA. Il est revenu sur un différend qui l'avait opposé au Dr H_____ au début mai 2017, observant que tous les traitements qu'il avait lui-même entrepris avaient été validés par les orthopédistes et rhumatologues des HUG. Le séjour à la CRR n'était intervenu que 20 mois plus tard. Entretemps, le patient avait été opéré aux HUG pour la bursite, avec de bonnes suites opératoires, mais un résultat qui pendant longtemps n'avait pas atteint les expectatives. Le témoin a commenté une série de photos prises le 21 octobre 2020 : « on voit donc sur les photos que je viens de vous remettre que si en effet, les améliorations sont sensibles depuis l'accident, le genou droit n'est toujours pas guéri, et ceci s'explique par la violence de la chute que j'ai décrite tout à l'heure d'une part, mais également par rapport à l'évolution dans le temps et l'apparition, selon moi, depuis 2017 déjà, du SRDC »; mais il n'avait pas voulu s'étendre sur ce sujet, qui était controversé entre lui et la CNA, et faisait d'ailleurs débat dans la communauté scientifique. Toutes ces explications montraient donc, à son sens, la durée inhabituelle du temps nécessaire pour atteindre la guérison. Selon lui, les médecins de la CRR (2018) lui paraissaient particulièrement pessimistes, en relevant que le patient ne marquait guère de volonté de se rétablir et de pouvoir reprendre une activité professionnelle, autre que celle qu'il exerçait au moment de l'accident. Aujourd'hui, il allait beaucoup mieux; il était beaucoup mieux intégré, rappelant qu'il était marié avec une compatriote « kosovare », en Suisse depuis 18 ans et qui, quant à elle, était parfaitement bien intégrée; ainsi, aujourd'hui son patient se projetait dans un avenir professionnel qu'il espérait dans l'horlogerie. Quant à savoir si ce dernier avait entrepris des démarches concrètes dans cette voie, il a répondu que pour lui cela n'était pas très clair. Selon le témoin, tout dépendait de l'issue de l'audience : « je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie… Si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ».

Il a en outre précisé que son patient pouvait travailler assis, mais devait pouvoir alterner les positions. Quant à la CT dans une activité adaptée, respectant les LF retenues par le SMR, il l'a estimée à un pourcentage de 20 à 30 % dans un premier

temps, à condition qu'il puisse bénéficier d'une formation qui puisse le relancer, car il était motivé. Ce pourcentage prenait en compte le fait que son patient n'avait pas travaillé depuis 4 ans.

Quant à la fréquence des consultations, elle était d'une fois par mois, c'est-à-dire moins fréquemment que précédemment; mais ceci non seulement parce qu'il allait mieux, mais également car il n'avait pas les moyens de payer les 10 % (quote-part). Lors de ces consultations, son rôle consistait à regarder l'état du genou, à constater les améliorations, et à attirer l'attention du patient s'il y avait un léger recul, ce qui était le point principal. Actuellement, il pensait qu'il prenait encore du Dafalgan, mais pas tous les jours. Il n'y avait pas d'autres traitements en cours; il y avait environ une année, il avait essayé de lui prescrire du Saroten, antidépresseur (d'ailleurs plus stimulant qu'antidépresseur) prescrit et efficace dans le cadre des troubles somatoformes; mais à l'époque, cela ne marchait pas très bien car son patient n'était pas très motivé. Or, si maintenant on pouvait le reprendre en charge, il prescrirait à nouveau de la physio et recommencerait le Saroten à dose progressive. Enfin, sur question du conseil du recourant, il confirmait que la prescription de physiothérapie, « ortho » et médication étaient, selon lui, encore susceptibles d'améliorer l'état de santé de son patient.

26. Les parties ont confirmé à la chambre de céans qu'elles n'avaient plus d'autres actes d'instruction à solliciter, ni dans une procédure, ni dans l'autre, de sorte que la cause a été gardée à juger.

27. La chambre de céans a rendu ce jour, dans la cause parallèle opposant le recourant à la CNA, un arrêt rejetant son recours.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente entière d'invalidité, à teneur de ses dernières conclusions.

6. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

   c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). 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).

   d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

e. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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

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

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

    Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

    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.

    b. 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).

c. 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. Étant 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).

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).

d. 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).

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l’assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la

juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

f. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

g. 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. À 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 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau

clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

13. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative.

Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28*a* al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

    Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28*a* al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

15. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

    Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

    S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

16. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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

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

    Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles

d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018); et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à

résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

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

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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

17. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

18. a. En l'espèce, l'OAI, retenant un statut d'assuré mixte (80 % actif et 20 % pour l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage), a refusé toute prestation à l'assuré (rente d'invalidité et mesures professionnelles) : il a fondé la décision entreprise notamment sur l'avis du SMR, qui reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail de 100 % dans l'AH depuis le 16 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une AA, la CT était entière dès le 26 février 2019. La demande de prestations ayant été déposée le 29 octobre 2018, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte, étant donné que le droit à une rente, dans le cas particulier, n'aurait pas pu naître avant le mois d'avril 2019. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à une perte de gain négative de CHF 1'697.- : le salaire avec invalidité (fondé sur les ESS et sur lequel un abattement supplémentaire de 10 % a été retenu pour tenir compte des LF) étant supérieur au revenu sans invalidité, le taux d'invalidité devait être considéré comme

nul. Une enquête à domicile pour déterminer ses empêchements dans la sphère ménagère n'avait pas lieu d'être, car elle n'était pas susceptible de modifier le refus de rente.

b. Le recourant conteste le statut mixte retenu par l'intimé, au motif que sa situation personnelle ne correspondait pas à la description qu'en faisait l'OAI : d'une part, il ne pouvait pas encore travailler, et d'autre part, il n'avait jamais eu d'activité ménagère de 20 %. Se fondant principalement sur l'avis de son chirurgien traitant, et sur le fait que pendant la procédure de recours, le Prof. G_____ avait posé le diagnostic de SRDC, il fait valoir qu'il présente une « invalidité » qui perdure depuis 2016, sur laquelle l'OAI devrait entrer en matière après instruction de la CT. Il en conclut qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

19. Dans un premier grief, le recourant - alors qu'il n'était pas encore assisté d'un conseil - a contesté le statut d'assuré retenu par l'OAI. Dès sa réplique, formulée en son nom par le conseil qui lui avait entre-temps été désigné d'office, il n'a pas semblé revenir sur cette question; quoi qu'il en soit, il y a lieu de se prononcer brièvement sur cette question.

Pour déterminer que la situation de l'assuré devait être appréciée en fonction d'un statut mixte (80 % actif et 20 % consacrés aux travaux habituels), l'OAI a adressé à l'assuré un « questionnaire statut » auquel ce dernier a répondu le 17 avril 2019. À la question de savoir si, sans atteinte à la santé, il exercerait une activité lucrative, il a coché la case « oui »; à la question de savoir s'il aurait ainsi le même taux d'occupation que celui occupé au moment de l'atteinte à la santé, il a également répondu « oui ». Il n'a en revanche pas répondu à la question de savoir dans quel secteur d'activité il travaillerait, depuis quand et à quel taux d'activité, le cas échéant pourquoi; il a répondu qu'il n'avait pas d'enfants à charge; enfin, s'agissant de sa situation financière, il a indiqué que cette dernière avait changé depuis janvier 2019, en raison du fait que la CNA avait cessé de verser ses prestations, et qu'il émargeait actuellement à la charge de l'hospice général.

L'OAI s'est fondé sur le dernier contrat de travail de l'intéressé, d'une durée limitée à quelques semaines, au taux de 80 %. Le service REA constatant que les CI (relatifs aux périodes où l'intéressé a travaillé à Genève, dans les années précédant la date de son entrée « administrative ») étaient faibles et non représentatifs du revenu auquel l'assuré pourrait prétendre, il a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur le salaire résultant du dernier contrat de travail, projeté à 100 % après indexation à 2017.

Il est vrai que retenir un statut d'assuré, mixte, sur la seule base du dernier contrat de travail, de durée limitée à quelques semaines, pour un taux de 80 %, vraisemblablement fixé en fonction de ce que l'entreprise - qui a d'ailleurs fait faillite depuis lors - pouvait lui offrir, et non pas en fonction du choix de l'employé, paraît assez réducteur, dans la mesure où le dossier ne contient pas d'autres éléments qui pourraient corroborer un tel taux, sinon que l'assuré, répondant au

questionnaire reçu, avait répondu qu'en bonne santé, il aurait continué à travailler au même taux que celui auquel il exerçait lors de l'atteinte à la santé. À cet égard, il est vraisemblable que l'intéressé n'ait pas vraiment eu en tête, au moment où il a répondu, le taux de 80 % résultant de son dernier contrat de travail. Quoi qu'il en soit, la question peut souffrir de rester indécise, dès lors que le résultat de la comparaison des revenus ne lui permettrait de toute manière pas de pouvoir justifier d'un manque à gagner suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. C'est au demeurant le lieu d'observer que le recourant n'a - à juste titre - pas remis en cause les chiffres retenus par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus, et par conséquent dans la détermination du taux d'invalidité. C'est en effet le lieu de rappeler 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). Or, dans le cas d'espèce, la décision entreprise a bien reconnu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, depuis le 16 septembre 2016, mais l'OAI a en revanche considéré, fort de l'avis de son service médical, que la CT était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues dès le 26 février 2019 - comme le reconnaît d'ailleurs la généraliste traitante du recourant; l'OAI a toutefois nié, à juste titre, tout droit à d'éventuelles prestations rétroactives, vu la tardiveté du dépôt de la demande de prestations.

20. a. Le recourant soutient être toujours en incapacité totale de travail, en se fondant essentiellement sur l'avis du Dr D_____, son chirurgien orthopédique traitant, qui n'a eu de cesse de considérer que sa CT était nulle tant dans son AH que dans une AA, le soutenant encore pendant toute la procédure de recours, quoiqu'en nuançant quelque peu la persistance de ses conclusions, lors de son audition par la chambre de céans.

    La CJCAS considère toutefois que l'on ne peut reconnaître aux avis successifs du Dr D_____ une pleine valeur probante.

    Dans son rapport final du 3 avril 2019, le SMR, sur lequel l'OAI se fondait dans la décision entreprise, a, pour arriver à la conclusion que la CT du recourant était nulle dans l'AH et entière dans une activité adaptée depuis le 26 février 2019, dûment tenu compte des avis du Dr D_____, comme des autres médecins, notamment des spécialistes des HUG, de la CRR, - le SMR relevant notamment au sujet des médecins de cette clinique de réadaptation qu'il y avait une discordance entre les plaintes et limitations de l'assuré et les lésions objectives constatées, de même que l'absence d'atteinte psychiatrique, mais une attitude démonstrative et un discours flou de l'assuré. Le SMR a également pris en compte l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H_____, auquel la chambre de céans a accordé

une pleine valeur probante, comme développé en plus de détails dans l'arrêt rendu ce jour dans le cadre du recours interjeté par le recourant contre la décision sur opposition de la CNA du 15 avril 2019. Le SMR a également tenu compte du rapport médical du 13 mars 2019 de la Dresse E_____, médecin traitant généraliste du recourant, qui suit le recourant depuis fin 2018, pour l'ensemble de ses problèmes de santé, y compris, en parallèle avec le Dr D_____, pour son problème de genou. Elle conclut dans ce rapport à une CT de 0 % dans l'AH et de 100 % dans une activité adaptée. Elle indiquait que lors de sa dernière consultation, datée du 26 février 2019, elle retenait le diagnostic incapacitant de bursite chronique du genou gauche [recte : droit] (échographie du 21 décembre 2018) pour lequel il existait un début d'aptitude à la réadaptation « dès maintenant ». Elle retenait également des céphalées et un état anxiodépressif, non incapacitants. Elle mentionnait également des limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit.

S'agissant du Dr D_____, qui est intervenu tant dans la procédure LAA que dans la présente, et qui a également été entendu par la chambre de céans, dans une même audience d'enquêtes convoquée dans l'une et l'autre cause, il convient de retenir ce qui suit.

Il ressort certes de plusieurs courriers du Dr D_____ que ce dernier a peu goûté certaines critiques que le Dr H_____ lui adressait dans son rapport d'examen de début mai 2017. Toutefois, comme on le verra par la suite encore, quand bien même on peut comprendre qu'un médecin puisse ne pas apprécier qu'un confrère se montre critique à l'égard de son approche d'un dossier, dans le cas d'espèce, le chirurgien traitant semble avoir fait preuve d'une susceptibilité certaine, ne prenant pas le recul nécessaire pour s'en tenir à la situation médicale actuelle de son patient, et en ne réalisant pas que ses courriers, quelque peu véhéments, n'étaient guère contributifs pour apporter des éléments objectifs de nature à susciter des doutes au sujet de la pertinence de l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement. Il a ainsi d'une part fait une affaire personnelle des remarques du Dr H_____ à son égard, tentant plutôt de se justifier que de montrer que l'analyse de son confrère serait erronée, ne réalisant pas qu'en définitive leurs points de vue n'étaient pas si divergents. On verra également que le chirurgien traitant s'était lui-même montré critique et sévère à l'endroit d'autres confrères, notamment des médecins des HUG qui avaient reçu le patient peu après l'accident du 16 septembre 2016; même si par la suite, lors de son audition par la CJCAS, il avait fini par se raviser à leur sujet. Il a d'autre part souvent manqué de recul par rapport à son patient, en prétendant à de nombreuses reprises que ce dernier aurait été traité de manière discriminatoire par rapport à ses origines kosovares (notamment par rapport aux médecins de la CRR, mais également à l'égard du Dr H_____). Ceci l'a notamment amené à parfois se focaliser sur les origines de son patient, et notamment sur les circonstances dans lesquelles il serait arrivé en Suisse. Entendu lors de l'audience d'enquêtes, par la chambre de céans, il a notamment déclaré : « un autre facteur qui, à mon sens, explique la situation actuelle est le fait que M. A_____ est arrivé en Suisse

relativement peu de temps avant cet accident, sous un statut de réfugié. Le fait qu'il ait eu cet accident aussi rapidement après son arrivée en Suisse l'a beaucoup choqué ». Or, la réalité est toute autre; d'après les explications mêmes du recourant, entendu par le gestionnaire du dossier le 19 janvier 2017, en présence de son épouse, il se trouvait en Suisse depuis 2013 et avait été engagé par l'employeur le 12 septembre 2016 pour une durée déterminée, soit jusqu'à fin octobre (recte : 11 octobre) 2016, ce que confirme l'extrait des CI. Ainsi, il se trouvait en Suisse depuis plusieurs années, sans autorisation de séjour, et n'était donc pas arrivé « relativement peu de temps avant l'accident et sous le statut de réfugié »; son séjour et la délivrance d'une autorisation de travail, le 30 septembre 2016, jour de son mariage avec une ressortissante d'origine serbe naturalisée suisse en 2011 - d'après les données de CALVIN, s'inscrivait bien plutôt dans le cadre d'un regroupement familial. Du reste, s'il n'avait pas déjà été en Suisse à ce moment-là, on voit mal qu'il ait pu être engagé par l'employeur et commencer à travailler, avant même son « arrivée en Suisse ». Le chirurgien traitant a ainsi beaucoup insisté sur les aspects psychosociaux de la situation de son patient, plaidant plus que justifiant scientifiquement le droit de son mandant à des prestations des assureurs sociaux; lors de son audition par la chambre de céans, il précisait encore : « je relève au passage que le rapport des médecins de la CRR de 2018 me paraissait particulièrement pessimiste, en tant qu'il relevait que le patient ne marquait guère de volonté de se rétablir et de pouvoir reprendre une activité professionnelle, autre que celle qu'il exerçait au moment de l'accident. Je relève qu'aujourd'hui, il va beaucoup mieux, il est beaucoup mieux intégré, et je rappelle qu'il est marié avec une compatriote kosovare, en Suisse depuis 18 ans, qui quant à elle est parfaitement bien intégrée, de sorte qu'aujourd'hui, mon patient se projette dans un avenir professionnel qu'il espère dans l'horlogerie. Vous me demandez si mon patient a entrepris des démarches concrètes dans cette voie : je vous dirais franchement que ce n'est pas très clair. Tout dépend à mon sens de l'issue de la séance d'aujourd'hui : je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie….. si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ». Ainsi, force est de constater que l'avis du chirurgien traitant ne répond guère aux exigences de la jurisprudence pour que l'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : l'anamnèse, - sur laquelle il se fonde notamment pour tenter de faire reconnaître à l'accident du 16 septembre 2016, en soi d'une gravité relative, un caractère particulier qui justifierait à son sens une durée étonnamment longue pour parvenir sinon à une guérison, du moins à une stabilisation de l'état de santé et le recouvrement d'une capacité de travail, niant encore au stade de la procédure de

recours, la moindre CT, et soutenant l'absence de guérison -, repose sur des renseignements erronés, comme on vient de le voir.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le chirurgien traitant, qui a toujours soutenu que son patient serait totalement incapable de travailler, ceci depuis l'accident du 16 septembre 2016, et encore pendant la procédure de recours, a finalement admis lors de son audition par la chambre de céans que le recourant pouvait travailler assis, mais devait pouvoir alterner les positions. Et sur question de la représentante de l'OAI, qui lui demandait, compte tenu des LF retenues, quel pourcentage de CT serait exigible dans une activité adaptée, il a indiqué que dans un premier temps, cela pourrait être de 20 à 30 %, « à condition qu'il puisse bénéficier d'une formation qui puisse le relancer, car il est motivé ». Il justifiait ce pourcentage en raison du fait que son patient n'avait pas travaillé depuis quatre ans.

Quant à la fréquence et au motif des consultations actuelles de ce patient, on notera également que le recourant, entendu par la chambre de céans, avant qu'elle ne procède à l'audition du chirurgien traitant, a passablement exagéré au sujet de l'intensité et de la fréquence du suivi par son chirurgien. Il prétendait ainsi : « je suis encore suivi par le Dr D_____, à raison de 2 fois au moins par mois, parfois plus. Le Dr D_____ examine ma jambe droite pendant ses consultations, me donne des ordonnances médicales, et des crèmes ». Pour sa part, le Dr D_____ a indiqué : « mon patient vient me consulter une fois par mois, c'est-à-dire moins fréquemment que précédemment, mais ceci non seulement parce qu'il va mieux, mais également car il n'a pas les moyens de payer les 10 %. Lors de ces consultations, mon rôle consiste à regarder l'état de son genou, à constater les améliorations, et à attirer son attention s'il y a un léger recul, ce qui est le point principal. S'agissant de son traitement actuel, je pense qu'il prend encore du Dafalgan, mais pas tous les jours ».

b. Il résulte de ce qui précède que le chirurgien traitant n'a nullement rapporté d'éléments objectifs de nature à faire naître le moindre doute quant à la fiabilité des appréciations successives du Dr H_____, lesquelles sont encore corroborées par les avis des médecins de la CRR qui ont notamment relevé des incohérences chez l'assuré : ils faisaient état de discordances entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables, entre le comportement pendant l'examen analytique et en dehors (marches avec charge complète du membre inférieur droit lorsqu'il ouvre les portes), flexion à 15° environ en position couchée alors qu'il marche avec le genou en extension, tannage plantaire symétrique, absence de signe d'utilisation des cannes dans les paumes des mains, alors que le patient décrit une décharge complète du MID depuis plusieurs mois. En novembre 2018, les médecins de la CRR considéraient que cette situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical. Il ressort de la plupart des observations médicales que le recourant montrait une kinésiophobie importante limitant la physiothérapie et participant à la chronicisation des douleurs (appréciation des rhumatologues des HUG du 14 février 2018 qui ont à cette

occasion exclu un rhumatisme inflammatoire, et n'avaient trouvé aucun argument pour un CRPS, et n'ont vu aucune contre-indication à une bursectomie [réalisée en avril 2018]); le Dr D_____ avait du reste également évoqué cette kinésiophobie. Contrairement à l'avis exprimé par ce chirurgien traitant devant la CJCAS, l'avis des médecins de la CRR était pertinent : du reste, les exagérations du recourant lors de son audition, et certaines de ses contradictions ne font que corroborer l'avis de ces médecins.

c. Il convient de plus de garder à l'esprit, conformément à la jurisprudence, citée précédemment, que 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, cette relation particulière de confiance pouvant influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci. La réserve qu'il convient ainsi d'observer par rapport à l'avis du Dr D_____, s'impose particulièrement dans le cas d'espèce. Outre le fait que ce dernier est même en désaccord avec l'avis de la Dresse E_____, généraliste traitante, - qui suit le patient parallèlement à son suivi orthopédique depuis le 19 décembre 2018 et actuellement encore -, le chirurgien traitant, se faisant une fois encore plus l'avocat que le médecin de son patient, s'est plutôt concentré, à travers ses rapports médicaux, sur des critiques à l'égard de tous les médecins qui n'allaient pas nécessairement dans le sens de l'intérêt de son patient. Et encore, de façon claire lors de son audition par la chambre de céans, s'est-il centré sur un but à atteindre (l'obtention pour son patient des prestations des assureurs sociaux), plutôt qu'à apporter une justification médicale du droit à ces prestations tant de la part de l'AI que de l'assurance-accidents. Selon lui, tout dépendait de l'issue de l'audience. Il déclarait ainsi : « je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie… Si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ». Résolument déterminé à soutenir le projet d'avenir professionnel de son patient dans l'horlogerie, il ignorait même si ce dernier, pour y parvenir, avait entrepris la moindre démarche dans ce sens, et que ce projet n'était pas réaliste : le compte rendu du stage consenti par l'OAI pour une période de trois jours dès le 20 février 2019, sous forme d'évaluation/orientation, avait abouti à un avis non favorable à l'assuré, pour une formation de base en tant qu'opérateur en horlogerie. Il ne réunissait pas les prérequis nécessaires pour une telle formation, malgré une grande motivation. Son niveau théorique pour une formation certifiante s'était avéré trop faible, tout comme son niveau pratique : les tests théoriques avaient révélé que le recourant ne possédait pas le niveau en mathématiques requis pour une formation AFP; il n'avait pas réussi le montage demandé; il ne possédait pas une bonne logique et une représentation spatiale; il n'avait pas le niveau

suffisant en théorie pour entreprendre une telle formation. Quant à la découverte du métier par la pratique, sa manipulation des objets était de niveau moyen; il avait une mauvaise compréhension des consignes, et un manque de dextérité.

Il résulte de ce qui précède que la décision entreprise en tant qu'elle se fondait sur l'avis du SMR, du 3 avril 2019 n'est pas critiquable.

21. a. Dans le cadre de sa réplique, le recourant a produit des pièces nouvelles, soit notamment un rapport de son chirurgien-traitant du 22 novembre 2019, un rapport de consultation des HUG du 31 juillet 2019 (Dr I_____, service d'orthopédie), et une lettre de consultation des HUG du 4 octobre 2019 (Prof. G_____, service de rhumatologie); il avait en substance été revu par le département de chirurgie des HUG le 31 juillet 2019, 15 mois après l'intervention de bursectomie. Selon le rapport de consultation, le chirurgien constatait une amélioration très discrètement favorable avec, notamment, depuis un mois, la possibilité de marcher sans cannes anglaises. Le patient se disait toujours limité par la douleur, notamment lors de pression au niveau du genou droit lors de la flexion, toujours limitée. Au vu des constatations cliniques, et devant l'absence d'évolution, le chirurgien proposait une évaluation par les ergothérapeutes, afin d'effectuer un bilan sensitif dans le contexte d'une allodynie prépatellaire droite, et un nouvel avis aux rhumatologues (HUG) afin de réévaluer une piste éventuelle pour un rhumatisme inflammatoire, devant la récidive des symptômes. Ce médecin relevait qu'à ce stade, il n'y avait toujours pas de diagnostic précis hormis une bursite chronique du genou droit post-traumatique. Le recourant avait ensuite été examiné le 3 octobre 2019 par le prof. G_____ (service de rhumatologie des HUG), lequel avait posé le diagnostic de syndrome douloureux régional chronique droit, à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique (16 septembre 2016), observant qu'il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire. Il retenait que le patient présentait des douleurs chroniques neuropathiques à la suite d'une bursite traumatique; l'évolution était stagnante malgré le traitement conservateur et la bursectomie. La clinique évoquait un SRDC, les critères de « Budapest » étant présents, selon lui.

b. Le SMR s'est prononcé sur ces nouveaux documents, par avis du 16 décembre 2019. Ces documents n'apportaient aucun élément nouveau objectif. Le Dr D_____ décrivait les conditions retardées de la prise en charge médicale du patient mais concluait que l'évolution était toutefois positive et encourageante, l'assuré ayant pu quitter ses cannes. Il estimait toujours que la CT était définitivement nulle dans l'ancienne activité du patient et dans toute activité. L'évolution lente présentée par l'assuré était connue au dossier, et avait été prise en compte dans le rapport final du SMR, qui avait bien retenu que l'ancienne activité n'était plus exigible; mais il ne pouvait suivre le Dr D_____ quant à une incapacité totale dans toute activité. Une activité sédentaire avec respect des LF d'épargne du genou droit était tout à fait exigible. Le diagnostic de bursite chronique était retenu par le service d'orthopédie des HUG dans son rapport de consultation spécialisée du 31 juillet 2019, qui relevait notamment que l'assuré avait pu quitter ses cannes en

juin 2018. Ce diagnostic était connu. Le rapport de consultation spécialisée du Prof. G_____ du 4 octobre 2019 retenait le diagnostic de CRPS (SRDC) du genou droit à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique. Le SMR observait que les amplitudes articulaires s'étaient nettement améliorées par rapport à ce qu'il était possible de mesurer lors du séjour à la CRR en octobre 2018. L'assuré se déplaçait sans ses cannes. Une activité sédentaire avec respect des LF d'épargne du genou droit était tout à fait exigible. Il n'y avait pas lieu de revenir sur la dernière appréciation du service médical.

c. Le recourant a, par la suite, par courrier du 10 janvier 2020, produit « au titre de faits nouveaux » des pièces médicales supplémentaires (pertinentes selon lui dans les deux procédures, LAA et AI) soit une attestation du 7 janvier 2020 du département de chirurgie des HUG déclarant le recourant totalement incapable de travailler dans son métier habituel et dans une activité adaptée, et une nouvelle attestation du chirurgien traitant, du 10 janvier 2020, prenant position sur l'avis du SMR du 16 décembre 2019 : le Dr D_____ considérait en substance que le diagnostic supplémentaire de SRDC à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique, posé le 4 octobre 2019 par les HUG, constituait un facteur aggravant, notamment par rapport aux possibilités thérapeutiques; le diagnostic de bursite prépatellaire post-traumatique était exact mais incomplet : la bursite était secondaire au diagnostic premier qui était une déchirure documentée de la face antéro-interne du vaste interne, de surcroît non traitée pendant six semaines. Sans cette déchirure, l'évolution eût été toute autre.

d. Force est de constater que le diagnostic de bursite était déjà connu et retenu par le SMR dans son avis final, l'assuré ayant subi une bursectomie; quant à celui de SRDC, il était nouveau : posé par le Prof. G_____ à l'issue de sa consultation spécialisée du 3 octobre 2019, il était postérieur à la décision entreprise. Or, comme rappelé précédemment (cf. consid. 4 let. e et réf. citées), de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Certes, la jurisprudence apporte une nuance à ce principe, considérant que même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date.

La CJCAS estime que ce diagnostic posé après la décision entreprise ne doit pas être pris en considération en l'espèce, pour les raisons suivantes.

Le diagnostic de SRDC avait dans un premier temps, soit au printemps 2017, été évoqué, comme contre-indiquant une bursectomie. Il avait toutefois été expressément exclu au printemps 2018, dans le cadre d'une consultation spécialisée aux HUG, ce qui avait levé l'obstacle à l'intervention chirurgicale susmentionnée, celle-ci ayant été pratiquée le 17 avril 2018.

Dès lors, au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que même si l'on pouvait admettre que le diagnostic de SRDC posé par le Prof. G_____ à l'issue de sa consultation spécialisée du 3 octobre 2019 était avéré, il devrait faire l'objet d'une nouvelle demande et d'une nouvelle décision administrative.

22. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

23. Bien qu'en l'occurrence la procédure ne soit pas gratuite, il convient toutefois de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument à la charge du recourant, au sens des considérants.
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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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