

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2666/2011

ATAS/273/2013

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 18 mars 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur T_____, aux AVANCHETS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1950, monteur en chauffage, a été victime, en date du 23 août 2005, d'un accident sur son lieu de travail et s'est blessé au niveau du genou droit.
2. Le 5 avril 2007, il a annoncé une rechute de son accident à son assureur-accidents, en raison de vives douleurs. Des radiographies du 10 avril 2007 ont révélé une gonarthrose interne varisante bilatérale particulièrement sévère à droite.
3. Suite à la communication de son cas à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) par son employeur en juin 2008, l'assuré a formellement requis des prestations durant le mois de juillet 2008, alléguant ne plus pouvoir travailler depuis le 10 avril 2007 en raison d'une recrudescence des séquelles de l'accident du mois d'août 2005 affectant son genou droit.
4. Sur la base des dossiers de l'assureur perte de gain en cas de maladie et de l'assureur-accidents ainsi que des avis des médecins traitants - dont il ressort en substance que l'assuré présentait un status post-ostéotomie varisante du genou droit effectuée le 19 mars 2008 dans le cadre d'une gonarthrose et dont le Service médical régional AI (ci-après SMR) a déduit une incapacité totale de travail comme monteur en chauffage et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 27 octobre 2008 - l'OAI a accordé à l'assuré, par décision du 14 janvier 2009, le droit à une mesure d'ordre professionnel.
5. Différée en raison d'une procédure judiciaire subséquente, laquelle a été soldée par un retrait du recours conformément à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009 (ATAS/631/2009), une mesure d'orientation professionnelle a été accordée à l'assuré par communications de l'OAI des 4 août 2009 et 21 janvier 2010, sous la forme d'un stage d'orientation puis de stages en entreprise.
6. Dans les rapports des 24 février et 19 avril 2010, les Établissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI) ont relevé que l'assuré était en mesure de rejoindre le circuit économique normal avec une pleine capacité de travail et des rendements oscillant entre 80 et 100%, pour autant qu'il évite les positions statiques debout, à genoux ou accroupies et le port de charges. Les activités de soudure spéciale fine, petite serrurerie, préparation et pliage de tôles avant la mise sur le chantier et de contrôle final ont été proposées. Les stages professionnels ont été interrompus pour des raisons médicales.
7. En date du 22 octobre 2010, la Dresse A_____, médecin auprès du service de médecine de premiers secours des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après

les HUG), a posé le diagnostic de gonarthrose invalidante sévère droite évoluant depuis 2006 et a constaté que les douleurs du genou étaient importantes à la moindre sollicitation et que la marche et la position à genoux étaient impossibles. L'incapacité de travail était totale dans l'activité précédente dès le 4 avril 2007.

8. L'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique, qu'il a confiée au Dr B_____, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 16 février 2011, il a posé les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombalgies, des gonalgies droites, une gonarthrose droite et des troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire. Il a également retenu un status après une fracture du coude gauche et une neuropathie cubitale gauche chronique. L'activité professionnelle habituelle de monteur en chauffage n'était plus exigible. En revanche, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans une activité professionnelle légère, sédentaire, autorisant l'alternance des positions, mais prohibant les ports de charges supérieures à 15 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les travaux accroupis et la marche prolongée, surtout la montée et la descente d'escaliers. L'assuré a également annoncé, dans un contexte de limitations fonctionnelles du coude résiduelles et séquellaires d'une fracture du coude dont il a été victime à l'âge de dix ans environ, des douleurs constantes intéressant la face interne du coude gauche se prolongeant aux quatrième et cinquième doigts en longeant le bord interne de l'avant bras, s'accompagnant d'un endormissement des doigts précités et d'une diminution de la force de préhension. Cette diminution de force s'inscrivait dans le contexte d'une neuropathie cubitale gauche ancienne. L'assuré allait bénéficier d'une décompression transposition du nerf cubital au coude gauche, étant précisé que l'incapacité de travail allait être totale dans toutes les activités durant les trois mois postopératoires.
9. Le 1^{er} mars 2011, le Service médical régional AI (ci-après le SMR) a retenu, conformément à l'expertise, que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles.
10. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 24 mars 2011, le service de réadaptation de l'OAI a estimé que de nouvelles mesures d'ordre professionnel n'apporteraient aucune plus-value et a procédé à une comparaison des revenus, de laquelle il résultait un degré d'invalidité de 49.3%.
11. Le 8 avril 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui allouer un quart de rente dès le 21 décembre 2008.
12. Le 18 avril 2011, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a notamment expliqué que depuis 2007, son état de santé s'était aggravé. En effet, son dos le faisait énormément souffrir et il avait subi une opération au bras gauche le 24 février 2011, suite à laquelle il n'avait pu récupérer ni la force ni la sensibilité de son bras. Par ailleurs, il a contesté l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et a

sollicité qu'il soit tenu compte de son âge. Il a enfin requis qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, remettant en cause l'impartialité du Dr B_____, qui ne l'avait pas ausculté.

13. Par décision du 7 juillet 2011, l'OAI a confirmé à l'assuré son droit à un quart de rente dès le 21 décembre 2008, écartant notamment ses observations en tant qu'elles portaient sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et son état de santé.
14. Par acte du 5 septembre 2011, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement, à la comparution personnelle des parties, à l'audition de ses médecins traitants et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, sous suite de dépens. Il a soutenu en substance que le rapport d'expertise n'était pas probant et que les autres documents récoltés attestaient d'une incapacité totale de travail dans toutes les activités lucratives, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.

À l'appui de ses écritures, il a produit un rapport du 29 juillet 2011 de la Dresse C_____, médecin auprès du service de médecine de premier recours des HUG, laquelle a attesté qu'en plus des lombalgies et des gonalgies, l'assuré souffrait d'une neuropathie cubitale gauche, pour laquelle il avait bénéficié d'une neurolyse du nerf cubital au coude gauche en février 2011. Malgré cette intervention, l'assuré se plaignait toujours de paresthésies permanentes des quatrième et cinquième doigts de la main gauche, associées à des douleurs au niveau du bord ulnaire du bras gauche, une perte de force et une maladresse de la main gauche. Depuis le mois de mai 2011, d'une part, ses douleurs du bord de l'avant-bras gauche s'étaient aggravées entraînant une limitation de l'utilisation de son bras gauche et d'autre part, il présentait des douleurs de l'épaule gauche sur une possible tendinite de la coiffe des rotateurs.

15. Invité à se prononcer, l'OAI a conclu, dans sa réponse du 3 octobre 2011, au rejet du recours, estimant que l'expertise présentait pleine valeur probante et qu'il convenait de suivre ses conclusions, étant précisé que le rapport des EPI rejoignait les conclusions de l'expertise.
16. Par arrêt du 28 février 2012 (ATAS/204/2012), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré. Elle a confirmé la décision litigieuse - capacité résiduelle de travail, taux d'invalidité, déduction maximale de 25% pour tenir compte notamment de l'âge -, estimant en substance que l'avis du Dr B_____ avait non seulement valeur probante, mais faisait également état de diagnostics similaires à ceux retenus par les médecins traitants, que les documents attestant une incapacité totale de travail n'avaient trait qu'à l'activité antérieure et non à une profession adaptée et que ni les allégations de l'assuré ni aucune pièce du dossier n'établissaient la

partialité des responsables du stage d'orientation dont il s'était plaint lors de la procédure d'audition.

17. Par acte du 18 avril 2012, l'assuré a interjeté recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral.

Il lui a transmis :

- un rapport établi en date du 16 décembre 2011 par le Dr D_____, médecin auprès du service de chirurgie de la main des HUG, à l'attention de l'OAI. Il en résulte que l'assuré souffrait d'une compression du nerf ulnaire au coude gauche depuis le mois de janvier 2011. Suite à la neurolyse sans transposition du nerf ulnaire au coude gauche effectuée en février 2011, le médecin a attesté d'une évolution d'abord favorable, puis de symptômes récidivants avec des paresthésies sur D4-D5 avec une tendance à diminuer. L'assuré avait entrepris de la physiothérapie. Il a noté une « évolution probablement favorable au niveau du coude et de la main au long cours sur six mois ». L'assuré pouvait exercer, eu égard à son coude, une activité adaptée dès la date de l'établissement du rapport ;
- un rapport subséquent du même médecin daté du 17 avril 2012, dans le cadre duquel il a retenu que l'assuré présentait des douleurs de ré-innervation du coude gauche suite à une neurolyse du nerf ulnaire avec un « pronostic favorable au long court ». Il a proposé à l'assuré un suivi chez l'ergothérapeute, un traitement par Lyrica ainsi qu'un ENMG.

18. Par arrêt du 3 août 2012 (9C_323/2012), le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré, annulant l'arrêt attaqué et renvoyant la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire et nouveau jugement. Il a considéré que la Cour de céans n'avait pas véritablement examiné l'influence de l'atteinte au coude gauche sur la capacité de travail de l'assuré, au vu tant du rapport du Dr B_____ que de celui de la Dresse C_____. Le sentiment de péjoration de la situation médicale résultant de ces rapports était renforcé par l'avis du Dr D_____ déposé en instance fédérale, évoquant la nécessité de rechercher une activité adaptée pour le coude gauche. De plus, le Tribunal fédéral a précisé que si les différents rapports au dossier étaient trop succincts et trop incomplets pour pouvoir affirmer ou nier sans conteste en l'état l'existence d'une aggravation de la situation ou pour évaluer l'impact de l'atteinte au coude gauche, concurremment avec les autres affections diagnostiquées, sur la capacité de travail du recourant, le rapport de la Dresse C_____ soulevait d'importants doutes quant au caractère bénin ou neutre de ce trouble, d'autant plus que la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche semblait aussi atteinte et que l'assuré était gaucher.

19. En date du 9 octobre 2012, la Cour de céans a invité les parties à se déterminer et à lui transmettre toutes les pièces utiles.

20. Par courrier du 20 novembre 2012, l'OAI constate qu'il s'agit d'investiguer les répercussions de l'atteinte au coude gauche suite à l'opération subie par le recourant durant le mois de février 2011. Il propose qu'un examen soit organisé auprès d'un neurologue indépendant, afin d'examiner, notamment au moyen d'un EMG, si les douleurs neurogènes que présente - ou a présenté - le recourant peuvent être corrélées à des signes cliniques qui les expliquent et s'il existe une amélioration ou une aggravation objective de l'état de santé depuis l'intervention chirurgicale de février 2011.

21. Dans sa détermination du 4 décembre 2012, l'assuré, représenté par un conseil, conclut principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise, sous suite de dépens.

A l'appui de ses écritures, l'assuré produit un rapport établi en date du 12 novembre 2012 par le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique auprès du département de chirurgie des HUG, lequel a indiqué que l'assuré avait noté une amélioration partielle de la symptomatologie avec néanmoins une persistance des douleurs localisées principalement à la face médiale du coude. Son examen clinique mettait en évidence une déformation du coude en valgus, une protrusion de la tête radiale ainsi qu'une voussure exagérée de l'épitrôchlée. La radiographie montrait une arthrose avancée du coude avec une érosion du capitulum et de la trochlée. Dans ce contexte, il a discuté avec l'assuré d'une prothèse totale de coude, mentionnant une amélioration attendue des douleurs et une limitation fonctionnelle en cas de prothèse totale de coude concernant le port de charges de deux kilogrammes au maximum. L'assuré ayant accepté les modalités de l'intervention, elle allait être programmée dans les meilleurs délais.

Le recourant déclare s'en remettre à la Cour de céans concernant le fait de savoir si ce rapport du Dr E_____ est suffisant pour se prononcer ou si une expertise est nécessaire concernant l'évolution de l'état de son coude gauche. Par ailleurs, il soutient que dans les faits, il est totalement incapable de travailler, même dans une activité adaptée à son état de santé, lequel s'était encore péjoré depuis l'opération pratiquée en février 2011. Son âge - 62 ans - et le fait qu'il n'a pas été capable de travailler dans son ancienne profession ou dans les emplois qui lui ont été proposés confirment cette allégation. Qui plus est, les activités de remplacement préconisées - soudure spéciale fine, petite serrurerie, préparation et pliage de tôles avant la mise en chantier - nécessitaient toutes des manipulations qui lui étaient devenues impossibles d'effectuer, en raison des atteintes à sa main et à son coude gauches. Enfin, il n'a aucune expérience professionnelle dans un domaine économique autre que celui dans lequel il a toujours travaillé, de sorte que l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles actuelles impliquerait une reconversion professionnelle présupposant des capacités d'adaptation considérables d'un point de vue subjectif.

22. En date du 10 janvier 2013, l'OAI transmet à la Cour de céans un avis établi le 7 janvier 2013 par la Dresse F_____, médecin auprès du SMR, auquel il se rallie. Ce médecin déclare qu'au vu du rapport du Dr E_____ du 12 novembre 2012, il existait très vraisemblablement une aggravation de la pathologie du coude gauche, de sorte qu'il convenait dès lors de réaliser une expertise indépendante - chirurgie de la main / neurologie -, afin de déterminer le début de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et l'exigibilité.
23. Dans un courrier du 10 janvier 2013, l'assuré persiste dans ses précédentes conclusions et fait part à la Cour de céans des questions qu'il souhaiterait poser à l'expert qui allait être mandaté. Il produit également un rapport d'examen électroneuromyographique du 7 mai 2012, établissant que les résultats étaient superposables à ceux de l'examen réalisé il y a six mois et concluant à un « aspect de séquelles stables d'une lésion axonale sévère du nerf ulnaire gauche au coude ».
24. Par courrier du 21 février 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise qu'il convenait de confier à un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, avec un complément neurologique si nécessaire, et leur a imparti un délai au 8 mars 2013 pour lui communiquer le cas échéant d'éventuelles questions supplémentaires qu'elles souhaiteraient voir posées à l'expert et pour se déterminer sur le choix de l'expert, à savoir le Dr G_____.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'arrêt du 28 février 2012.
2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

Cependant, suite au renvoi de la cause à la Cour de céans par le Tribunal fédéral, il convient, préalablement à l'examen du droit aux prestations, de se prononcer sur la gravité et une éventuelle aggravation de l'atteinte au coude gauche et globalement au membre supérieur gauche ainsi que sur l'influence de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant, concurremment avec ses autres troubles somatiques.

3. L'art. 17 al. 1^{er} loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

5. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V160 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
7. a) En l'occurrence, il convient de rappeler que dans son rapport d'expertise du 16 février 2011, le Dr B_____ a retenu, eu égard aux lombalgies, aux gonalgies droites, à la gonarthrose droite et aux troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire, que l'activité de monteur en chauffage n'était plus exigible du recourant, mais que sa capacité de travail était de 80% dans une activité professionnelle légère, sédentaire, autorisant l'alternance des positions, mais prohibant les ports de charges supérieures à 15 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les travaux accroupis et la marche prolongée, surtout la montée et la descente d'escaliers.

b) En ce qui concerne en particulier les atteintes du membre supérieur gauche, cet expert a considéré qu'elles n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail, tout en précisant que l'assuré devait bénéficier d'une décompression transposition du nerf cubital au coude gauche, laquelle allait engendrer une incapacité de travail totale dans toutes les activités lucratives durant les trois mois postopératoires.

En outre, la Dresse C_____ a attesté, en juillet 2011, que malgré la neurolyse du nerf cubital au coude gauche subie par l'assuré en février 2011, il se plaignait toujours de paresthésies permanentes des quatrième et cinquième doigts de la main gauche, associées à des douleurs au niveau du bord ulnaire du bras gauche, une perte de force et une maladresse de la main gauche. Elle a estimé que depuis le mois de mai 2011, les douleurs du bord de l'avant-bras gauche s'étaient aggravées entraînant une limitation de l'utilisation du bras, et a relevé que l'assuré présentait des douleurs de l'épaule gauche sur une possible tendinite de la coiffe des rotateurs.

Quant au Dr D_____, il a déterminé, en décembre 2011, que suite à la neurolyse, l'évolution avait d'abord été favorable, puis il y avait eu une récurrence des paresthésies sur D4-D5 avec une tendance à diminuer. D'après lui, l'assuré pouvait exercer, eu égard à son coude, une activité adaptée dès le jour de son rapport. Le 17 avril 2012, il a signalé que l'assuré présentait des douleurs de ré-innervation du coude gauche avec un « pronostic favorable au long court ».

Enfin, le Dr E_____ a mis en évidence, dans son rapport du 12 novembre 2012, une déformation du coude en valgus, une protrusion de la tête radiale ainsi qu'une voussure exagérée de l'épitrôchlée. La radiographie montrait une arthrose avancée du coude avec une érosion du capitulum et de la trochlée. Dans ce contexte, une intervention de prothèse totale de coude allait être programmée dans les meilleurs délais, intervention de laquelle il était attendu une amélioration des douleurs, mais une limitation du port de charges à deux kilogrammes.

c) La Cour de céans relève, eu égard aux rapports des médecins précités, que les troubles du membre supérieur gauche de l'assuré semblent s'être effectivement péjorés depuis le début de l'année 2011, celui-ci ayant maintenant besoin d'une prothèse totale du coude. Comme le retient le Tribunal fédéral, ces différents rapports ne permettent pas de se prononcer avec précision sur la gravité des différentes atteintes du membre supérieur gauche, sur leur aggravation, ni de connaître leur influence sur la capacité de travail du recourant ou sur le type d'activité qu'il pourrait exercer.

Il convient dès lors de mettre en œuvre une expertise, qu'il y a lieu de confier au Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, au vu des atteintes de l'assuré au coude et à la coiffe des rotateurs. Il devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins qui suivent le recourant et effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé.

De plus, compte tenu des autres atteintes retenues par le Dr B_____ - au genou et au rachis lombaire -, il conviendra que l'expert prenne contact avec ce médecin pour se prononcer de manière globale sur la capacité de travail du recourant et sur le type d'activité qu'il pourrait exercer.

Enfin, le médecin du SMR sollicite que l'expertise contienne un volet neurologique. Il sera ainsi précisé à l'attention de l'expert, qu'il est laissé à son appréciation si un examen neurologique doit être conduit durant l'expertise ou si un entretien téléphonique avec les médecins de l'assuré et/ ou la lecture de leurs rapports sont suffisants pour établir l'éventuelle incidence des troubles neurologiques sur la capacité de travail.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin et pris tous les renseignements auprès des médecins suivant l'assuré.
2. L'invite à déterminer si un examen neurologique doit être effectué et dans l'affirmative, à s'adjoindre le concours d'un spécialiste.
3. L'invite à prendre contact avec le Dr B _____, afin de répondre, après un consilium, aux questions i à m.
4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 - a. Quelle est l'anamnèse du cas ?
 - b. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
 - c. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - d. Quels diagnostics retenez-vous ? Depuis quand ?
 - e. Quelles est l'évolution de l'état de santé de l'assuré? Y a-t-il eu en particulier une aggravation au début de l'année 2011 ou postérieurement ?
 - f. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré, en pour-cent, dans sa profession habituelle de monteur en chauffage ?
 - g. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les différents troubles constatés ?
 - h. Quel est votre point de vue concernant la pose d'une prothèse totale de coude ? Quand cette intervention est-elle programmée ? Quelle est la conséquence de cette intervention sur la capacité de travail de l'assuré et sur ses limitations fonctionnelles ?

Les réponses aux questions suivantes devront être données après un consilium entre l'expert et le Dr B _____ - et éventuellement le spécialiste en neurologie -, compte tenu de l'ensemble des atteintes (genou, rachis lombaire et membre supérieur gauche) :

- i. Quelle est l'évolution du taux d'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de monteur en chauffage depuis le mois d'avril 2007 ?
 - j. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assuré et à quel taux ? Dans ce cas, dans quel domaine et depuis quelle date ? Quelle a été l'évolution de la capacité de travail ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
 - k. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par une adaptation du poste de travail ? Quelle en serait l'influence sur le taux de la capacité de travail ?
 - l. Quel est votre pronostic ?
 - m. Faire toute remarque ou suggestion utile.
5. Commet à ces fins le Dr G_____.
6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
7. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le