

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3887/2016

ATAS/598/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1957, originaire du Portugal, s'est installé à Genève en 1983, où il a exercé dès l'année suivante la profession de cuisinier dans un restaurant. Souffrant d'arthrose des deux hanches (coxarthrose), il a été mis en arrêt de travail dès le 28 mai 2012 par la doctoresse B _____, son médecin généraliste, puis s'est fait installer une prothèse de la hanche gauche le 13 juin 2012. À la demande de son assureur perte de gain maladie, il a déposé le 7 décembre 2012 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI).
2. Le docteur C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a complété un rapport destiné à l'assurance-invalidité le 2 janvier 2013 : la coxarthrose bilatérale engendrait de la fatigue et des douleurs, surtout du côté gauche. Une profession plus légère que celle de cuisinier, lui permettant d'éviter le port de charges lourdes et les stations debout prolongées, paraissait mieux adaptée à ses troubles. Dans une telle activité, il jugeait sa capacité de travail entière.
3. Reçu par un collaborateur de l'OAI, l'assuré a expliqué le 26 avril 2013 qu'il devait se faire opérer de la hanche droite, ne savait pas encore s'il pourrait reprendre son activité de cuisinier et n'avait pas d'attente particulière vis-à-vis de l'assurance-invalidité. Il souffrait de douleurs importantes de la hanche droite lorsqu'il se tenait debout et marchait. Il estimait les stations assise et debout limitées à vingt, respectivement cinq minutes, mais n'avait pas de problèmes particuliers pour les gestes de la vie quotidienne. Le collaborateur de l'OAI a relevé que l'assuré n'avait que de très faibles connaissances de la langue française et que son épouse et lui-même semblaient n'avoir que peu de contacts hormis avec un voisin. Il proposait de refaire le point de la situation lorsque l'intéressé aurait été opéré et envisageait de lui proposer des cours de français.
4. Dans un rapport adressé à l'assurance-invalidité le 3 juillet 2013, la Dresse B _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose droite, de gonarthrose bilatérale et de status post (s/p) opération de la hanche gauche. Elle a fait état d'une décompensation progressive de l'arthrose de la hanche droite, liée à une surcharge après l'installation d'une prothèse de la hanche gauche. Une prothèse de la hanche droite étant également prévue, il convenait de réévaluer la capacité de travail après cette seconde opération. Elle jugeait la capacité de travail nulle, tout en précisant que l'on pouvait en principe s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle six mois après l'intervention de la hanche droite.
5. Par communication du 6 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient, à ce stade, pas indiquées.
6. Le 9 octobre 2013, l'assuré a été opéré par le Dr C _____ afin de se faire installer une prothèse de la hanche droite.
7. L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2013.

8. Dans un avis du 5 février 2014, la doctoresse D_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que l'assuré, connu pour une coxarthrose et une gonarthrose bilatérales, était totalement incapable d'exercer son activité antérieure depuis le mois de mai 2012. En revanche, dans une activité adaptée, il disposait d'une capacité résiduelle de travail qui paraissait entière. Ce n'était que six mois après l'opération de la hanche, d'octobre 2013, que l'exercice d'une activité professionnelle était envisageable.
9. Invités à se déterminer sur l'évolution de l'état de santé, les médecins de l'assuré ont transmis à l'assurance-invalidité deux rapports médicaux intermédiaires :
 - a. Le 13 juin 2014, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis son opération de la hanche en 2013 et que sous l'angle orthopédique, une pleine capacité de travail était possible dans une activité adaptée n'impliquant ni charge, ni effort. Il a toutefois suggéré un examen médical des problèmes qui ne relevaient pas de la médecine orthopédique.
 - b. Le 5 août 2014, la Dresse B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé et de la mise en évidence, en avril 2014, d'une décompensation cardiaque, d'une hypothyroïdie et d'une fibrillation auriculaire, ayant motivé une ablation par radiofréquence de l'isthme tricuspide. L'assuré souffrait d'œdèmes, d'asthénie et avait pris beaucoup de poids. Il était limité par ses douleurs et sa mobilité restreinte des hanches. La Dresse B_____ déplorait des difficultés à obtenir de l'assuré un changement de ses habitudes, une augmentation de l'activité physique et une perte de poids. Elle jugeait sa capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de cuisinier et invitait l'OAI à l'évaluer dans une activité adaptée, tout en précisant qu'une reprise d'activité lui paraissait compromise ; elle préconisait la réalisation d'une expertise orthopédique.
10. Le 28 octobre 2014, l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) a informé l'assurance-invalidité que l'assuré s'était inscrit à 100% au chômage, qu'il avait droit à des indemnités et que son délai-cadre courait du 31 juillet 2014 au 30 juillet 2016. Étaient joints au courrier de l'ORP des certificats d'arrêts de travail signés par la Dresse B_____, couvrant la période de mars à septembre 2014.
11. Par avis du 9 décembre 2014, la doctoresse E_____, médecin au SMR, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, cardiologie et orthopédie.
12. Dans un rapport du 5 juin 2015, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours d'une mobilité restreinte et de douleurs lors de marches et de « charges ». Malgré l'installation d'une prothèse de la hanche droite en octobre 2013, son état de santé ne s'était pas amélioré. Vu cette absence d'amélioration et ses multiples pathologies, la reprise d'une activité professionnelle demeurait compromise.
13. Par rapport du 21 décembre 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la

capacité de travail de flutter et fibrillation auriculaires, ainsi que de « problèmes orthopédiques ». La fibrillation auriculaire persistait et il évaluait la capacité de travail à 70% du point de vue cardiologique. Il joignait le compte-rendu d'un examen cardiologique qu'il avait pratiqué en mai 2014 ainsi qu'une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), se rapportant à l'ablation de l'isthme cavo-tricuspidé que l'assuré avait subie le 25 juin 2014.

14. Par avis du 28 janvier 2016, le docteur G_____ du SMR a relevé qu'un trouble du rythme cardiaque avait été diagnostiqué à l'assuré en avril 2014 mais que ce dernier bénéficiait, selon son cardiologue, d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée lui permettant d'éviter les efforts physiques. Une expertise lui paraissait superflue.
15. Par décision formelle du 12 octobre 2016, confirmant un préavis du 22 avril 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2014, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014. Selon l'office, l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 28 mai 2012 au 30 mars 2013, avant de recouvrer le 1^{er} avril 2014 une capacité de travail de 70% dans toute activité adaptée à ses limitations. Au 1^{er} juin 2013, six mois après le dépôt de sa demande, son degré d'invalidité s'élevait à 100% et au 1^{er} juillet 2014, trois mois après l'amélioration de son état de santé, le taux avait diminué à 58%. Il était précisé qu'un abattement de 15% avait été déduit du revenu d'invalidité afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge, des années de service et du taux d'activité réduit que l'on pouvait exiger de l'assuré. Enfin, ce dernier ne pouvait prétendre à des mesures d'ordre professionnel, lesquelles n'étaient pas susceptibles de réduire son dommage.

Le 12 octobre 2016, l'OAI a également rendu deux autres décisions, fixant le montant des rentes dues à l'assuré, respectivement du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2014, puis dès le 1^{er} juillet 2014.

16. Par acte du 14 novembre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre les décisions du 12 octobre 2016, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} juillet 2014 (recte : 30 juin 2014), subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation.

Contestant la capacité de travail retenue de 70% dans une activité adaptée, il a reproché à l'administration de ne pas avoir instruit son dossier et singulièrement d'avoir omis d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, qu'il jugeait indispensable pour évaluer son degré d'invalidité.

Par ailleurs, il a critiqué le taux d'abattement retenu par l'administration (15%), dont il a requis l'augmentation à 20% au moins pour tenir compte de son âge, de ses limitations fonctionnelles, d'un taux d'occupation partiel et des nombreuses années durant lesquelles il avait travaillé auprès du même employeur.

17. Constatant que le recourant avait joint à son mémoire les deux décisions fixant le montant des rentes qui lui étaient dues, respectivement du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2014, puis dès le 1^{er} juillet 2014, et que deux procédures distinctes avaient été ouvertes par la juridiction (A/3887/2016 et A/3888/2016), le Président de la chambre de céans a ordonné la jonction des deux procédures sous le numéro de cause A/3887/2016.
18. Dans sa réponse du 8 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Estimant avoir suffisamment instruit le dossier, il a rappelé avoir requis des renseignements médicaux postérieurement à l'avis du SMR de décembre 2014 auprès des médecins de l'assuré. C'était sur cette base qu'en janvier 2016, le SMR avait jugé une expertise superflue pour évaluer la capacité de travail. Par ailleurs, le recourant ne mettait pas en évidence d'élément objectivement vérifiable susceptible d'avoir été ignoré par les différents médecins. Quant au taux d'abattement retenu de 15%, l'intimé le considérait justifié au regard de la jurisprudence.
19. Le recourant a répliqué le 3 février 2017.

La décision attaquée était fondée sur un avis du SMR du 28 janvier 2016, qui reposait lui-même sur une anamnèse incomplète et était partant dénué de valeur probante : cet avis se référait à un rapport du Dr F_____ du 21 décembre 2015, qui ne figurait pas au dossier. De surcroît, le médecin du SMR avait finalement considéré qu'une expertise n'était plus nécessaire, sans motiver sa position et alors même que cette mesure d'instruction avait été proposée par un autre médecin du SMR.

Le recourant persistait à requérir une expertise pluridisciplinaire et jugeait « irréaliste » sa réinsertion sur le marché du travail.

Enfin, il rappelait n'avoir bénéficié d'aucune mesure de réadaptation et soulignait que dans la mesure où son invalidité rendait impossible l'exercice de son activité antérieure, qu'elle le limitait dans le choix d'une profession et qu'il manquait de connaissances sur les aptitudes requises par le marché de l'emploi, il se justifiait à tout le moins de lui accorder une mesure d'orientation professionnelle.

20. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 18 septembre 2017, en présence d'une interprète assermentée pour le recourant.

La représentante du recourant a indiqué que son mandant ne contestait pas la décision en tant qu'elle lui accordait une rente entière jusqu'au 30 juin 2014, mais qu'il persistait en revanche à requérir une expertise en cardiologie et orthopédie.

Le recourant a déclaré qu'il vivait en Suisse depuis vingt-neuf ans, ne parlait que très peu le français et avait effectivement refusé de suivre un cours de français que lui avait proposé l'intimé ; il avait jugé ce cours inutile, car avec son entourage, il ne s'exprimait qu'en portugais. Interrogé au sujet du rapport de l'OAI du 26 avril 2013, selon lequel son épouse et lui-même vivaient de manière relativement isolée et semblaient n'avoir que peu de contacts hormis avec un voisin, il a répondu qu'au

moment où il avait dû cesser de travailler, il s'était effectivement isolé avec son épouse pendant environ une année, mais que depuis lors, la situation avait changé. D'ailleurs, ils vivaient chez leur fils depuis le mois d'avril 2017. S'agissant des certificats d'arrêt de travail dont il avait fait part à son avocate, mais sans les lui remettre, il les avait reçus de son cardiologue et apportés chaque mois depuis 2012 à la réception de l'OAI. Par ailleurs, en août 2017, il avait été hospitalisé en raison de ses problèmes cardiaques. Son traitement comprenait de l'insuline pour son diabète, un médicament pour le cœur et de l'aspirine.

Invité à décrire sa journée-type, le recourant a expliqué qu'il se levait vers 9h00, puis sortait pour marcher environ deux heures, en prenant des pauses toutes les dix à quinze minutes. Il rentrait à la maison vers 11h00 pour aider à préparer le repas, mais sans pouvoir rester longtemps debout. Ensuite, il mangeait, regardait la télévision et faisait une sieste d'une à deux heures, avant de regarder à nouveau la télévision puis de ressortir marcher une vingtaine de minutes. Enfin, il aidait son épouse à préparer le repas du soir, regardait encore un peu la télévision puis allait se coucher vers 22h30-23h00.

Pour sa part, la représentante de l'intimé a expliqué que si une expertise n'avait finalement pas été ordonnée, c'était parce qu'au vu du manque d'experts et des délais dans lesquels les rapports parvenaient à l'office, il se posait parfois la question de savoir si l'expertise initialement envisagée demeurait pertinente. Par ailleurs, l'office n'avait jamais reçu le moindre certificat d'arrêt de travail émanant du Dr F_____, contrairement à ce que prétendait le recourant.

21. À l'issue de l'audience, la chambre de céans a adressé au Dr F_____ un questionnaire, auquel ce médecin a répondu par courrier du 13 novembre 2017 : il a confirmé ne pas avoir émis de certificats d'incapacité de travail à 100% depuis 2012, précisant qu'il n'avait fait la connaissance de l'assuré qu'en mai 2014. Sur le plan cardiologique, l'état de santé était resté stable depuis décembre 2015, jusqu'à ce qu'une récurrence d'arythmie requière une nouvelle hospitalisation aux HUG du 23 au 25 août 2017. À cette occasion, l'assuré avait subi une cardioversion électrique pour corriger son arythmie, ainsi que des injections d'insuline pour soigner son diabète, mais il appartenait au médecin traitant de fournir des renseignements plus précis sur ce second aspect. S'agissant de la capacité de travail, le cardiologue maintenait ses conclusions exprimées en décembre 2015, selon lesquelles une reprise du travail était possible à environ 70%, hormis pendant les deux (recte : trois) jours d'hospitalisation qu'avait subis l'assuré en août 2017.
22. Invité à se déterminer sur le courrier du Dr F_____, l'intimé a relevé le 8 décembre 2017 que cette pièce confirmait sa décision. De son côté, le recourant n'a pas formulé d'observation.
23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, la décision du 12 octobre 2016 accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2014, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014. Par ailleurs, elle lui refuse toute mesure de réadaptation.

Le recourant requiert préalablement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Sur le fond, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2014, subsidiairement à la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

Partant, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à accorder au recourant une demi-rente d'invalidité plutôt qu'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2014 et dans l'affirmative, à lui refuser toute mesure de réadaptation.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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 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). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais 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).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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

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. 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)

10. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGa). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration

des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, 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 322, consid. 5a).

11. 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; 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).

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

12. En l'espèce, il est incontesté que la capacité de travail de l'assuré a été nulle du 28 mai 2012 au 31 mars 2014. Ne demeure litigieuse que sa capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2014, laquelle a été évaluée par l'intimé à 70% dans toute activité adaptée.

La chambre de céans observe que les rapports des spécialistes consultés par l'assuré – auxquels le Dr G_____ du SMR s'est rallié – concordent sur le fait qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué en juin 2014 que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré grâce à son opération de la hanche droite en octobre 2013 et que sous l'angle orthopédique, il était pleinement capable

d'exercer une activité adaptée n'impliquant pas d'efforts physiques et notamment de port de charges. On relèvera, par souci de précision, que dans un rapport antérieur (de janvier 2013), il avait évoqué quelques limitations supplémentaires relatives aux stations debout prolongées, aux positions agenouillées, accroupies ainsi qu'aux montées d'échelles. Quant au Dr F_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, il a exposé dans ses rapports qu'au plan cardiologique, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70%, sous réserve d'une brève période durant laquelle il avait été hospitalisé aux HUG pour son problème d'arythmie (du 23 au 25 août 2017). Il a par ailleurs démenti avoir prescrit à l'assuré des certificats d'incapacité de travail à 100%, contrairement à ce que ce dernier avait affirmé en audience. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ces spécialistes, dont les rapports satisfont aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 352 consid. 3a).

De son côté, le recourant ne conteste pas la valeur probante des rapports établis par les spécialistes qui le suivent, ni ne met en évidence d'élément objectivement vérifiable que ces médecins pourraient avoir omis de prendre en considération. Il affirme à tort dans sa réplique que le rapport établi par son cardiologue en décembre 2015 – auquel le Dr G_____ s'est référé dans son avis du 28 janvier 2016 – ne figurerait pas dans le dossier de l'administration, alors que l'on y retrouve pourtant ce document (cf. doc. 94 pp. 1-7 du dossier de l'intimé).

Quant au médecin généraliste traitant, la Dresse B_____, ses déclarations ne remettent pas davantage en question les conclusions des spécialistes en cardiologie et orthopédie ayant suivi l'assuré. Cette praticienne a certes indiqué dans ses rapports d'août 2014 et juin 2015 : « actuellement, une reprise dans un poste adapté devrait être effectuée, mais la possibilité me semble très compromise », revenant apparemment sur le pronostic plus favorable qu'elle avait exprimé en juillet 2013, selon lequel on pouvait en principe s'attendre à une reprise d'activité professionnelle six mois après l'opération de la hanche droite. Pour autant, elle n'a pas fait état, a fortiori de manière motivée, d'une quelconque incompatibilité entre l'état de santé de l'assuré et l'exercice d'une activité professionnelle légère. Elle a énoncé pour seules limitations fonctionnelles des douleurs et une mobilité restreinte des hanches, qui paraissent impropres à exclure la pratique d'une activité adaptée et dont on remarque au demeurant qu'elles n'empêchent pas le recourant de marcher environ deux heures par jour en prenant des pauses à intervalles réguliers, comme il l'a relaté en audience. De surcroît, c'est le lieu de rappeler que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste et qu'elle considère que 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 (cf. supra consid. 9).

Enfin, il convient de relever que selon les renseignements émanant de l'ORP, le recourant s'est inscrit au chômage à 100% et a perçu de cette assurance des indemnités journalières, dont l'octroi est soumis à la condition que le bénéficiaire

soit apte au placement et donc à travailler (art. 8 et 15 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 [LACI - RS 837.0]).

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré disposait, depuis le mois d'avril 2014 – six mois après son opération de la hanche droite et vu l'amélioration attestée par le Dr C_____ – d'une capacité de travail de 70% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

13. Quoiqu'en dise le recourant, l'intimé pouvait légitimement renoncer à ordonner une expertise dès lors que les documents versés au dossier suffisaient à établir sa capacité résiduelle de travail au degré de preuve requis, sans que des investigations supplémentaires ne fussent susceptibles de modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. supra consid. 11). Au demeurant, l'administration dispose d'une certaine liberté d'appréciation lorsqu'il s'agit de déterminer quelles mesures d'instruction il convient de mettre en œuvre dans un cas donné (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).
14. Dès le mois d'avril 2014, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 58 % en comparant le revenu sans invalidité (CHF 94'178.-) que l'assuré aurait perçu en bonne santé selon son ex-employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires depuis 2012, avec le revenu statistique d'invalidité (CHF 39'348.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser à 70% malgré son état de santé dans une activité impliquant des tâches manuelles simples, sous déduction d'un abattement de 15% (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, indexé jusqu'en 2014).

Le recourant se limite à soutenir que l'administration aurait dû opérer sur son revenu d'invalidité une déduction de 20% au lieu de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, des années durant lesquelles il a travaillé pour le même employeur et du fait qu'il ne peut plus travailler qu'à temps partiel. Hormis sur la question de l'abattement, il ne conteste pas le calcul de son degré d'invalidité.

En l'occurrence, le grief du recourant tombe à faux, car il ressort de la décision litigieuse que l'administration a déjà tenu compte des critères qu'il évoque pour quantifier le taux d'abattement. Pour le reste, au vu des circonstances, l'intimé n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en fixant ce taux à 15% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 3 ss et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5).

Aussi, la comparaison des gains ne prête-t-elle pas le flanc à la critique. L'intimé était partant fondé à retenir un degré d'invalidité de 58% et à accorder au recourant une demi-rente d'invalidité plutôt qu'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2014, trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 LAI).

15. En dernier lieu, le recourant réclame l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, voire d'autres mesures de réadaptation.

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

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

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas particulièrement importantes, puisqu'il pourrait, selon ses médecins, exercer à 70% une activité professionnelle n'impliquant ni port de charges, ni stations debout prolongées,

positions agenouillées ou montées d'échelles. Dans une procédure impliquant un assuré qui présentait des limitations fonctionnelles relativement similaires aux siennes (absence de port de charges et mesures d'épargne rachidiennes), le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011, consid. 4.3).

Cette solution paraît transposable au cas particulier, car on peut raisonnablement considérer que le marché du travail – réputé équilibré – offre au recourant un nombre suffisant d'activités sédentaires, physiquement peu astreignantes et accessibles sans formation particulière (telles que des tâches simples de surveillance, par exemple).

En outre, les chances de succès de mesures de réadaptation et plus particulièrement d'une mesure d'orientation professionnelle paraissent ténues voire nulles, dans la mesure où le recourant n'a jusqu'ici fait preuve d'aucune motivation à se réadapter, mais qu'il a au contraire ouvertement fait part de son désintérêt vis-à-vis du cours de français qui lui avait été proposé par l'assurance-invalidité. À ce propos, il a déclaré en audience : « je confirme que j'ai refusé de suivre le cours de français que me proposait l'OAI car je considérais que cela était inutile, du moment que je ne parle que portugais avec mon entourage ». L'assuré n'a au demeurant pas réagi à la communication de l'assurance-invalidité, l'informant que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, et l'aide dont il a bénéficié jusqu'ici par le biais de l'assurance-chômage semble avoir été vaine. Enfin, le recourant prétend dans sa réplique qu'il est « totalement irréaliste de conclure que le marché du travail lui permettrait de reprendre une quelconque activité », ce qui tend là encore à démontrer qu'il n'a pas de réelle motivation à se réinsérer professionnellement.

Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimé de lui accorder des mesures de réadaptation n'apparaît pas critiquable.

16. Mal fondé, le recours est rejeté.
17. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 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 la perception d'un émolument.
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

Florence SCHMUTZ

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