

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1973, ressortissant tunisien, est arrivé en 2002 en Suisse et a obtenu un diplôme de chef de rang-serveur. En 2016, il travaillait pour le compte de plusieurs sociétés, telles que B_____ S.A., C_____ S.A. et D_____ S.A.
2. Le 13 septembre 2016, l'assuré a été victime d'un accident entraînant une incapacité de travail totale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA) a pris en charge les suites du cas.
3. Le 30 janvier 2018, l'assuré a déposé une demande des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
4. La SUVA a transmis à l'OAI le dossier de l'assuré. Il en résulte notamment que :
 - le 15 septembre 2016, un ultrason du mollet et du tendon d'Achille gauche a été effectué ; le tendon d'Achille présentait un aspect fibrillaire homogène sans rupture, avec, peut-être, une rupture très partielle de quelques fibres en surface et à mi-hauteur ; il y avait par contre une lésion de la région myo-tendineuse du muscle soléaire au niveau de son insertion au tendon d'Achille ; cette rupture restait partielle, sans rétraction du muscle ; un œdème loco-régional important était visible (rapport du 15 septembre 2016 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
 - dans un rapport du 7 novembre 2016, la doctoresse F_____, de l'Hôpital de la Tour, a diagnostiqué une probable lésion du tendon d'Achille gauche, attesté une incapacité de travail et prescrit des cannes, du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
 - le 28 novembre 2016, l'assuré a repris son activité professionnelle ;
 - le 12 décembre 2016, l'assuré s'est tordu à nouveau la cheville droite pendant son service et une nouvelle incapacité de travail a été attestée (cf. déclaration d'accident du 23 décembre 2016) ;
 - le 16 décembre 2016, une échographie a été effectuée en raison de la mauvaise évolution de la déchirure myo-tendineuse du mollet gauche ; comme précédemment, il existait une déchirure à la jonction myo-tendineuse du mollet gauche ; par rapport au dernier examen, un hématome était apparu au contact de la partie postérieure du tendon d'Achille, s'étendant sur une hauteur d'environ 8 cm pour une épaisseur d'environ 8 mm ; cet hématome était situé à distance de la lésion myo-tendineuse précédemment décrite, signe d'une vraisemblable atteinte du tendon d'Achille lui-même ; il n'y avait pas de désinsertion du tendon d'Achille à sa partie calcanéenne (rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
 - dans un rapport du 19 décembre 2016, le docteur H_____, médecin responsable du service des urgences de l'Hôpital de la Tour, a conclu à une déchirure du mollet gauche distal le 13 septembre 2016 avec un nouveau traumatisme ; l'échographie du

16 décembre 2016 montrait une déchirure du muscle soléaire distal (= myo-tendineux) et un hématome du tendon d'Achille sans lésion achilléenne ; l'évolution était lentement favorable ;

- le 17 janvier 2017, une échographie du mollet droit (sic) a été effectuée en raison de l'évolution défavorable de la déchirure achilléenne distale, qui a mis en évidence des stigmates de déchirure séquellaire achilléenne distale à la jonction myo-tendineuse, se caractérisant par des altérations intra-tendineuses, mais, surtout, un épanchement et un cal d'allongement des gaines péri-tendineuses, le tendon étant fortement remanié, épaissi, centimétrique d'axe antéro-postérieur, ayant perdu sa concavité antérieure, avec un remaniement hétérogène périphérique ; l'insertion tendineuse était parfaitement respectée ; il y avait résorption des lames liquidiennes péri-tendineuse précédemment visualisées (rapport du 17 janvier 2017 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
- le 14 mars 2017, une échographie du mollet droit (sic) a montré une évolution favorable des stigmates de déchirure du tendon achilléen à sa jonction myo-tendineuse, avec cal d'allongement en cours de formation ; le tendon restait normalement inséré (rapport du 14 mars 2017 du Dr I_____) ;
- le 29 mars 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué deux déchirures du tendon d'Achille successives ; l'assuré, qui poursuivait les séances de physiothérapie, souffrait de douleurs persistantes à la marche et parfois la nuit ; la durée du traitement était d'environ quatre à six mois et une reprise du travail n'était pas prévue ;
- dans un rapport du 19 avril 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a rappelé qu'en octobre 2016, l'assuré avait glissé et ressenti une douleur aiguë dans le mollet gauche ; deux mois plus tard, il avait rechuté et à nouveau souffert d'une douleur au mollet gauche ; l'évolution était lentement favorable, mais une douleur mécanique du tendon d'Achille gauche persistait ; l'assuré marchait avec une boiterie, la douleur était associée à une tuméfaction ; il y existait un déficit global de musculature et de proprioception du membre inférieur gauche ; suite à une échographie effectuée le 19 avril 2017, le médecin a diagnostiqué une tendinose du corps du tendon d'Achille gauche sur status post-déchirure partielle du corps du tendon d'Achille ; il a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 18 mai 2017 en précisant que, par la suite et selon l'évolution, il serait judicieux que l'assuré puisse bénéficier d'un retour au travail progressif (25%, puis 50%, puis 100%) ;

le 3 mai 2017, l'assuré a été examiné par le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a diagnostiqué une rupture à la jonction myo-tendineuse achilléenne gauche et une tendinose achilléenne gauche ; l'examen clinique effectué par le Dr L_____ a mis en évidence un œdème et une douleur du tendon d'Achille à gauche, une douleur à la palpation myo-tendineuse et une fonction musculaire conservée, mais très mal contrôlée ; le médecin a relevé que l'échographie de contrôle du 14 mars 2017 montrait une évolution favorable, avec un

cal d'allongement en cours de formation et un tendon restant normalement inséré ; selon lui, une reprise de travail progressive était souhaitable, mais l'évolution était stagnante ; l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, le médecin proposait de le revoir six mois plus tard ;

- le 19 mai 2017, le Dr K_____ a relevé une sensibilité à la palpation du corps du tendon d'Achille gauche ; les appuis monopodaux sur le membre inférieur gauche avec le pied en hyperflexion créaient des douleurs intenses du tendon et du mollet gauches, associées à une instabilité du membre inférieur gauche ; le médecin a reconduit l'arrêt de travail total jusqu'au 19 juin 2017 et préconisé la continuation du programme actif de renforcement global du membre inférieur gauche ;
- le 22 mai 2017, le Dr K_____ a diagnostiqué une déchirure partielle du tendon d'Achille gauche ; le 19 mai 2017, l'assuré présentait des douleurs permanentes du tendon d'Achille en activité, avec des dysfonctions du membre inférieur gauche ; le traitement était conservateur ;
- le 26 septembre 2017, le Dr K_____ a indiqué que l'évolution était stable ; l'assuré souffrait toujours des douleurs au tendon d'Achille gauche ; l'incapacité de travail était totale ;
- le 30 octobre 2017, l'assuré a été réexaminé par le Dr L_____ ; dans son rapport du 8 novembre 2017, ce dernier a rappelé les diagnostics posés précédemment ; la reprise progressive de l'activité lucrative n'avait pu avoir lieu ; les plaintes de l'assuré concernaient la tuméfaction de la jambe gauche lors des surcharges mécaniques, à la marche prolongée au-delà d'une heure et lors de fortes chaleurs ; à l'examen, il persistait une très discrète amyotrophie du membre inférieur gauche et une tuméfaction importante et douloureuse de la jonction myo-tendineuse interne du tendon d'Achille gauche ; l'évolution était stagnante ; l'exercice d'une activité dans le domaine de l'hôtellerie n'était pas exigible et l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé ; le Dr L_____ proposait l'arrêt de la physiothérapie, la réalisation d'un bilan par imagerie à résonance magnétique (IRM) et la consultation par un spécialiste du pied, soit le docteur M_____, soit le docteur N_____, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie ;
- le 21 novembre 2017, une IRM de la cheville gauche de l'assuré a été réalisée, qui a montré un aspect diffusément épaissi du tendon calcanéen sur une longue distance, tant en plein corps qu'à sa jonction myo-tendineuse, plaidant en faveur d'une tendinopathie fusiforme non insertionnelle, associée probablement à une ancienne déchirure partielle de la jonction myo-tendineuse ; une petite péri-tendinite et une petite bursite rétro-calcaneenne-pré-achilléenne étaient suspectées ; il n'y avait pas de signe de lésion traumatique récente du tendon calcanéen, qui restait continu (rapport du docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
- dans un rapport du 27 novembre 2017, le Dr M_____ a indiqué qu'il était assez difficile de comprendre exactement la chronologie des événements ; il semblait qu'une année auparavant, l'assuré avait souffert d'un traumatisme avec déchirure du tendon

d'Achille ; il n'avait malheureusement reçu aucun traitement particulier (ni contention, ni bottes) ; les séances de physiothérapie n'avaient pas donné le résultat escompté ; cliniquement, le médecin notait un tendon d'Achille en continuité, sans hyper extension de cheville, mais sensible sur sa palpation de l'insertion du calcaneum jusqu'à 5 à 6 cm proximale ; l'IRM montrait un épaississement fusiforme du tendon d'Achille sur 7 cm ; le spécialiste pensait que l'assuré avait souffert d'une rupture avec guérison, mais avec persistance d'une tendinopathie ; selon lui, aucune intervention chirurgicale ne pourrait aider l'assuré avec certitude et cette solution devait être considérée comme un dernier recours, en cas d'échec de toutes les mesures conservatrices ; quant à la physiothérapie, elle pouvait être optimisée ;

- le 15 janvier 2018, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une cicatrisation hypertrophique fusiforme du tendon d'Achille gauche et un status post-rupture partielle le 12 décembre 2016 nécessitant l'immobilisation dans une botte ; la reprise du travail était prévue deux à trois mois plus tard ; il devait revoir l'assuré à la fin du mois pour évaluer sa progression ;
 - le 8 février 2018, le Dr P_____ a conclu à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée ;
 - le Dr L_____ a rendu un nouveau rapport, en date du 2 mars 2018, concluant à une rupture de la jonction myo-tendineuse triceps sural gauche, à une tendinose achilléenne gauche et à une obésité ; selon lui, l'événement a fini de déployer ses effets au moment de l'IRM du 21 novembre 2017, qui a permis de mettre en évidence une cicatrisation de la lésion musculaire et la prépondérance de l'atteinte tendineuse, préexistante.
5. Interrogé par le Service médical régional de l'AI (ci-après SMR), le Dr P_____ a répondu, le 15 mars 2018, que l'atteinte ayant conduit au dépôt d'une demande AI était la lésion chronique du tendon d'Achille gauche, incapacitante depuis le 13 septembre 2016. Les limitations fonctionnelles étaient l'incapacité à travailler debout, à emprunter des escaliers et à marcher. La position assise était conservée sans problème.
- Le Dr P_____ a joint à sa réponse, notamment, les rapports de consultation établis par le Dr K_____ en date des 16, 20 et 30 juin, 20 juillet, 8 août, 11 septembre, 16 octobre, 10 et 21 novembre 2017.
6. Le 22 mars 2018, l'OAI a relevé que la SUVA ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.
7. Par décision sur opposition du 23 mars 2018, confirmant une décision du 31 janvier 2018, la SUVA a mis un terme au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 3 janvier 2018, date au-delà de laquelle elle a considéré que les troubles n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

Saisie d'un recours de l'assuré contre cette décision, la Cour de céans, par arrêt du 31 mai 2019, la Cour de céans l'a annulée et a condamné la SUVA à reprendre le versement des prestations légales au-delà du 3 janvier 2018 (ATAS/493/2019).

8. Le 29 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. Son droit éventuel à une rente allait être examiné.
9. Le 14 novembre 2018, la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a considéré que l'assuré présentait une rupture de la jonction myo-tendineuse du triceps sural du mollet gauche, une déchirure partielle du tendon d'Achille gauche et une tendinopathie achilléenne gauche chronique. L'incapacité de travail dans toute activité avait débuté le 13 septembre 2016. A compter du 19 avril 2017, l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée, permettant d'éviter la marche, les stations debout prolongées, le port de charges lourdes, les déplacements répétés et les escaliers. Il fallait préférer une activité s'effectuant essentiellement en position assise.

L'assuré était en incapacité de travail depuis le 13 septembre 2016, après une chute à l'origine d'une déchirure musculaire du triceps sural du mollet gauche et d'une rupture partielle du tendon d'Achille gauche. L'évolution des lésions était progressivement favorable, mais des douleurs mécaniques achilléennes à gauche et une boiterie en lien avec une tendinopathie achilléenne gauche chronique persistaient. Un traitement conservateur était préconisé, sans indication opératoire.

Le 19 avril 2017, le Dr K_____ avait vu l'assuré et réalisé un ultrason du tendon d'Achille gauche mettant en évidence une tendinose non insertionnelle et un tendon cicatriciel avec des signes de l'ancienne déchirure partielle. Cette consolidation permettait d'envisager la reprise d'un programme de renforcement actif et un retour au travail progressif. L'IRM du 21 novembre 2017 confirmait la consolidation des lésions tendineuses et myotendineuses du membre inférieur gauche.

Cependant, les douleurs persistantes de la cheville gauche sur une tendinopathie achilléenne chronique empêchaient la reprise de l'activité habituelle et devaient faire envisager une activité adaptée, effectuée principalement en position assise (cf. rapport du Dr P_____ du 15 mars 2018).

10. Le 14 novembre 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité : s'il avait certes été dans l'incapacité totale de travailler depuis le 13 septembre 2016, son état de santé s'était toutefois amélioré à compter du 19 avril 2017, de sorte qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
11. Par pli du 21 novembre 2018, l'assuré a contesté ce projet, auquel il a reproché de n'être pas étayé. Selon lui, aucune activité n'était envisageable dès lors qu'il ne pouvait se déplacer.

12. Le 26 novembre 2018, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 9 janvier 2019 pour faire valoir d'éventuels nouveaux éléments médicaux.
13. Le 18 décembre 2018, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a établi un rapport à l'intention de l'OAI. Il y diagnostiquait une insuffisance chronique après rupture du tendon d'Achille gauche. L'assuré avait subi une opération (transfert tendineux du long fléchisseur de l'hallux gauche) le 7 septembre 2018. Le traitement consistait en séances de physiothérapie pendant douze à dix-huit mois, sans aucune médication. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 septembre 2016 dans l'activité habituelle de serveur. L'assuré, en rééducation post-opératoire, devait éviter la marche, les escaliers et la position debout prolongée. L'activité habituelle n'était pas exigible et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail durant les six mois après l'opération. L'utilisation des cannes était en cours de sevrage.
14. Le 15 janvier 2019, la Dresse Q_____ a estimé que le rapport du Dr R_____ confirmait les limitations fonctionnelles retenues dans les conclusions du 14 novembre 2018, de même que l'incapacité de travail dans la dernière activité. Il n'apportait pas d'argument objectif justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité, en dehors d'une période limitée entourant le geste opératoire. L'exigibilité restait entière, depuis le 19 avril 2017, dans une activité adaptée effectuée en position assise, sans marche, sans station debout prolongée, sans port de charges, déplacements, ni utilisation d'escaliers.
15. Par décision du 17 janvier 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

L'assuré avait été en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2016, mais, à compter du 19 avril 2017, son état de santé s'était amélioré et il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le degré d'invalidité était nul dès le 19 avril 2017. Etant donné la difficulté à déterminer avec précision le revenu sans invalidité au vu du parcours professionnel de l'assuré et des fluctuations de ses gains, les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique.

Aucune rente ne pouvait être versée, vu la tardiveté de la demande.

Enfin, le droit à un reclassement n'était pas ouvert, vu l'absence de perte de gain durable de 20% au moins.

16. Par acte du 12 février 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à des mesures de réadaptation, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise.

Le recourant allègue que les documents médicaux versés au dossier démontrent son incapacité de travail avant et après le 19 avril 2017, puisqu'il ne peut ni rester debout, ni monter des escaliers.

Il reproche à l'intimé de ne pas démontrer en quoi son état de santé se serait amélioré le 19 avril 2017 et fait remarquer que, deux ans après son accident, il a dû subir une nouvelle intervention chirurgicale.

Le recourant produit notamment le compte-rendu opératoire du 12 septembre 2018 établi par le Dr S_____.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 mars 2019, a conclu au rejet du recours.

Il relève que, lors de la consultation du 19 avril 2017 par le Dr K_____, une consolidation de l'atteinte a été constatée, qui permettait d'envisager la reprise d'une activité. Il se réfère également à l'avis du SMR du 14 novembre 2018.

Le recourant a été opéré le 7 septembre 2018 et a par la suite bénéficié d'un traitement de physiothérapie. En dehors de cette période limitée entourant le geste opératoire, la capacité de travail est restée entière depuis le 19 avril 2017 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (c'est-à-dire s'effectuant en position assise, permettant d'éviter marche, stations debout prolongées, port de charges et escaliers). Ceci a été confirmé par les constatations du Dr R_____ du 18 novembre 2018 qui indique qu'une reprise d'activité est exigible six mois après l'intervention.

18. Dans sa réplique du 1^{er} avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il fait valoir que, malgré l'intervention chirurgicale de septembre 2018, son état de santé n'a pas évolué favorablement. A cet égard, il produit le compte-rendu d'une IRM effectuée le 25 février 2019, concluant à un status post-transposition du muscle long fléchisseur de l'hallux avec signes de tendinose dans sa portion distale en regard du matériel d'ostéosynthèse, sans rupture, ainsi que des signes de tendinopathie du tendon d'Achille connue, sans rupture (rapport de la doctoresse T_____, spécialisée en radiologie).

Le recourant soutient que son incapacité de travail totale perdue et en veut pour preuve un certificat médical établi le 1^{er} mars 2019 par le docteur U_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Il fait remarquer que l'intimée s'appuie sur l'examen d'un ultrason ayant mis en évidence une consolidation de l'atteinte, consolidation qui n'a toutefois, dans les faits, pas permis de constater d'amélioration de son état de santé puisqu'il a dû subir une nouvelle opération chirurgicale.

Le recourant s'estime incapable de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, en raison des douleurs dans sa jambe.

19. Par écriture du 29 avril 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis du SMR du 29 avril 2019.

Selon le SMR, l'imagerie du 25 février 2019, à elle toute seule, ne permet pas médicalement d'objectiver une aggravation de l'état de santé du recourant après l'opération de septembre 2019. Ce n'est qu'en présence des éléments cliniques qui accompagnent l'imagerie que la capacité de travail peut être évaluée.

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), 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. 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 (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
3. La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.
4. 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).
5. 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).

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).

6. 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.
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
8. 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).
9. a. 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. 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 RAI; 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).

c. 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. 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).

12. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'en raison d'une atteinte à sa jambe gauche, le recourant a présenté dès le 13 septembre 2016 une incapacité de travail totale dans toute activité. L'intimé estime qu'une amélioration est intervenue le 19 avril 2017, date à compte de laquelle l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, ce que le recourant conteste.

La Cour de céans relève au préalable que si certaines pièces se réfèrent au membre inférieur droit (cf. déclaration d'accident du 23 décembre 2016 et rapports d'échographie des 17 janvier et 14 mars 2017), les parties ne contestent pas que le recourant a souffert des douleurs uniquement au membre inférieur gauche.

Ni le rapport de synthèse du 14 novembre 2018, ni l'avis du 15 janvier 2019 du SMR ne reposent sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation - soit l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 19 avril 2017 - n'est corroboré par aucune pièce du dossier. En effet, et contrairement à ce qu'indique la Dresse Q_____ dans son rapport du 14 novembre 2018, aucun médecin ayant examiné le recourant - que ce soit le Dr L_____, le Dr M_____, le Dr K_____ ou le Dr P_____ - ne s'est prononcé sur sa capacité de travail résiduelle. Si le Dr K_____ a certes évoqué, lors de la consultation du 19 avril 2017, l'éventualité d'une reprise progressive de l'activité habituelle (à 25%) selon l'évolution de son état de santé, on ne saurait nullement en déduire, comme l'a le SMR, que le recourant a recouvré dès cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Force est ainsi de constater qu'en l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant, l'intimé ne pouvait se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision de refus de prestations.

Les rapports versés à la procédure ne permettant pas à la Cour de céans de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point, et cas échéant, mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. A l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à des prestations d'invalidité.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision du 17 janvier 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.
14. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
15. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 17 janvier 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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