

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1955, binational chilien et suisse, a travaillé jusqu'en 1986 comme garde du corps, respectivement officier instructeur à l'académie polytechnique aéronautique de Santiago du Chili. Puis, de 1991 jusqu'en 1996, il a travaillé comme directeur des achats dans une usine de fabrication de tapis. Après son émigration en Suisse en 1997, il a travaillé comme nettoyeur, puis a effectué une formation de management de projet avant d'assumer des emplois dans le domaine de la sécurité. Pendant son activité de militaire professionnel, il a subi des traumatismes récidivants aux deux chevilles (notamment à la suite de sauts en parachute avec fracture du calcanéum gauche lors de l'atterrissage et plusieurs entorses, toutes lésions traitées par plâtre). Depuis 2002, il présente des problèmes ostéo-articulaires récurrents, consécutifs à des entorses du genou et des chevilles.
2. Le 25 octobre 2002, il a fait une chute dans les escaliers, qui a entraîné une entorse de la cheville droite. Cet accident a été pris en charge par la SUVA. À la suite d'une rechute de cet accident survenue le 29 novembre 2004, la SUVA a refusé de verser des prestations, par décision du 14 avril 2005, confirmée par décision sur opposition du 21 octobre 2005. À la suite du recours formé, le 20 janvier 2006, contre cette dernière (A/204/2006), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS) a mis en œuvre une expertise orthopédique auprès de la clinique Schulthess. Dans leur rapport du 30 novembre 2008, les docteurs B_____, médecin-chef du centre de chirurgie du pied, et C_____, médecin-assistant, ont diagnostiqué des douleurs invalidantes chroniques diffuses de l'arrière-pied droit – d'origine clinique peu claire – faisant suite à une entorse de cheville en octobre 2002, un status après entorses récidivantes des deux chevilles antérieures au traumatisme d'octobre 2002 et une discrète arthrose tibio-astragalienne antérieure bilatérale. L'entorse de la cheville droite du 25 octobre 2002 semblait avoir été relativement banale. Au vu des examens cliniques et radiologiques du 2 novembre 2008 montrant un status pratiquement normal, il n'y avait pas de relation de causalité entre l'accident et les troubles actuels. À connaissance des conclusions de cette expertise, l'assuré a retiré son recours.
3. Le 26 avril 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession en raison d'une entorse de la cheville droite avec déchirure partielle des ligaments péronéo-tibiaux antérieurs, survenue le 25 octobre 2002.
4. Par décision du 11 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande, car l'assuré présentait dès la mi-septembre 2005 une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans position à genoux ou accroupie, sans marche de plus de 200 m et sans travail sur une échelle ou un sol irrégulier. Tenant compte d'un abattement de 15 % – en raison de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles – sur le revenu d'invalidité déterminé

statistiquement, le degré d'invalidité de 15 % ne donnait pas droit à un reclassement.

5. À la suite du recours formé, le 25 janvier 2007, contre ladite décision, le TCAS a suspendu la procédure d'entente entre les parties en attendant les résultats du stage dans le domaine de la sécurité mis en place par l'OAI à titre de mesure d'aide au placement élargie. Au terme dudit stage, par arrêt du 3 février 2009 (ATAS/113/2009), il a admis le recours, annulé la décision litigieuse et invité l'OAI à mettre l'assuré au bénéfice d'une aide au placement, au sens strict.
6. Par communication du 1^{er} juillet 2009, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais d'une orientation professionnelle du 3 août au 4 septembre 2009. Puis, le 1^{er} octobre 2009, il a clôturé le mandat, les objectifs atteints ayant permis à l'assuré d'obtenir une orientation et une réinsertion professionnelles.
7. Le 5 septembre 2011, alors qu'il bénéficiait de l'assurance-chômage selon un taux d'employabilité de 100 % et effectuait une mesure d'insertion auprès de la Fondation intégration pour tous, l'assuré a chuté sur un passage piéton et a été victime d'une entorse bénigne du ligament collatéral interne du genou droit avec déchirure partielle dudit ligament et déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne. Puis, le 27 février 2012, il a été victime d'une grave entorse de la cheville gauche en descendant un escalier, qui a entraîné une déchirure partielle du ligament collatéral externe.
8. Le 25 avril 2012, l'assuré a demandé à l'OAI de réévaluer son degré d'invalidité au vu de ces nouveaux accidents.
9. Par la suite, l'assuré a également été victime de divers accidents au genou droit (chute le 7 septembre 2012 en montant dans le tram avec contusion et lâchage du genou le 16 mars 2014 lors de son séjour à la clinique Jolimont), au genou gauche (lâchage du genou le 6 novembre 2012 en sortant de sa baignoire) et à la cheville gauche (chute en béquilles le 2 juin 2014 avec entorse externe). Le 30 mai 2013, en raison d'une gonarthrose varisante bilatérale plus marquée et symptomatique à droite, il s'est soumis à une ostéotomie de valgisation par soustraction externe du tibia proximal droit, puis, le 20 février 2014, en raison d'une gonarthrose varisante du genou gauche, il a subi une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche par soustraction externe.
10. La SUVA a pris en charge les accidents des 5 septembre 2011, 27 février 2012, 6 novembre 2012 et 2 juin 2014.
11. Par décision du 23 mai 2014, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement en lien avec l'accident du 6 novembre 2012.
12. À la suite de l'opposition formée contre ladite décision, par décision sur opposition du 24 juillet 2014, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision.

-
13. Le 27 août 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport d'examen du 8 septembre 2014, le Dr D_____ a relevé que les résultats des deux IRM de la cheville gauche des 24 avril 2012 et 1^{er} septembre 2014 étaient superposables, avec des lésions cartilagineuses déjà présentes sur l'IRM du 24 avril 2012 réalisée deux mois après le premier épisode d'entorse. Il a rappelé que l'assuré avait subi au Chili une fracture du calcanéum, mais que celui-ci ne se souvenait plus si c'était bien du côté gauche. L'arthrose était due aux épisodes antérieurs d'entorse à répétition. Les cas de la cheville gauche de l'assuré tout comme d'ailleurs de son genou droit étaient stabilisés. Sur le plan de l'exigibilité définitive, compte tenu des troubles du genou droit, on pouvait s'attendre à une activité réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement, dans une profession exercée principalement en position assise, tout en permettant quelques déplacements ponctuels mais limités dans les escaliers, sans port de charge répété supérieur à 10 kg et sans devoir s'agenouiller.
 14. Par décision du 30 septembre 2014, la SUVA a mis un terme dès le 30 septembre 2014 à ses prestations pour les accidents des 27 février 2012 et 2 juin 2014.
 15. À la suite de l'opposition formée contre ladite décision, par décision sur opposition du 20 janvier 2015, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision.
 16. Par décision du 30 décembre 2014 et s'agissant de l'accident du 5 septembre 2011, la SUVA a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement au genou droit une amélioration notable des suites de l'accident. Elle a mis un terme dès le 31 mars 2015 au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, hormis trois consultations annuelles pour le suivi du genou droit et une série de physiothérapie de neuf séances par an. Elle allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} avril 2015 étaient réalisées et renseignerait l'assuré dès que possible. Puis, par courrier du 28 avril 2015, elle a accepté de poursuivre le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 21 mai 2015, tout en précisant qu'elle examinerait le droit à l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} juin 2015.
 17. À la suite du recours formé, le 26 août 2014, contre la décision sur opposition du 24 juillet 2014, par arrêt du 30 juin 2015 (ATAS/516/2015), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire sous forme d'expertise orthopédique sur la question d'un *statu quo ante* ou *statu quo sine* en lien avec l'accident du 6 novembre 2012, puis nouvelle décision.
 18. À la suite du recours formé, le 18 février 2015, contre la décision sur opposition du 20 janvier 2015, par arrêt du 25 août 2015 (ATAS/624/2015), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, à réaliser dans le cadre de l'expertise

orthopédique devant intervenir à la suite de son arrêt du 30 juin 2015, puis nouvelle décision. Elle a souligné la nécessité d'élucider les interférences entre les différentes lésions subies par l'assuré.

19. Dans un rapport du 16 septembre 2014 adressé à l'OAI, le docteur E_____, médecin adjoint au service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a précisé qu'il suivait l'assuré pour un problème d'arthrose bilatérale des genoux dans le cadre d'un syndrome métabolique avec excès pondéral notoire, ainsi qu'une tendance au valgus des deux arrières-pieds et une platypodie. L'évolution était moyennement favorable car si le genou gauche allait bien, le genou droit avait plus de peine à récupérer, était douloureux et présentait des lâchages antalgiques. L'assuré marchait avec deux cannes en alterné et il n'était pas sûr qu'il pût se sevrer d'un moyen auxiliaire. Les limitations fonctionnelles concernaient l'autonomie à la marche, qui était très modeste. Les arthroses varisantes chez les patients en excès pondéral évoluaient parfois peu favorablement malgré des valgisations, de sorte que la situation de l'assuré était tout à fait plausible. Si les renseignements complémentaires fournis par le médecin de famille n'étaient pas suffisants, une expertise par une équipe pluridisciplinaire de type polyclinique médicale permettrait peut-être d'éclairer la situation.
20. Dans un avis du 17 août 2015, le SMR a considéré, au regard de l'examen du Dr D_____, que l'assuré avait une capacité de travail nulle dans toute activité du 27 février 2012 au 7 septembre 2014. En date du 8 septembre 2014, la situation était suffisamment stabilisée depuis le dernier accident de juin 2014 pour permettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir dans un poste sédentaire permettant à l'assuré de changer de position à sa guise au moins toutes les heures, sans positions statiques prolongées (assis/debout), sans port de charges ni marche en terrain irrégulier, sans activités en position accroupie et à genoux ou impliquant de monter ou descendre des escabeaux, échafaudages, etc.
21. Par projet de décision du 21 septembre 2015 reçu par l'assuré le 24 septembre 2015, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} février 2013 au 31 décembre 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il a considéré que sa capacité de travail avait été nulle dans toute activité dès le 27 février 2012 et que dès le 8 septembre 2014, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a fixé le degré d'invalidité à 13 % en comparant le revenu sans invalidité de 2005 adapté à l'évolution de l'indice suisse des salaires (ISS) jusqu'en 2014 avec le revenu d'invalidité établi selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2012 adapté à l'ISS jusqu'en 2014 après abattement de 15 % au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré. Les conditions d'octroi d'une rente n'étant plus remplies trois mois après la période d'amélioration constatée, la rente s'éteignait au 31 décembre 2014. L'assuré n'avait pas droit à un reclassement

professionnel dès lors que le taux d'invalidité était inférieur à 20 % et n'avait pas besoin de l'intervention de l'OAI à titre d'orientation professionnelle et d'aide au placement.

22. Par courrier et téléfax du 21 octobre 2015, l'assuré s'est opposé audit projet. Il a fait grief à l'OAI de ne pas préciser dans quelle type d'activité il pourrait concrètement travailler. Il a joint un rapport établi le 29 octobre 2015 par le Dr E_____.

Dans ledit rapport consécutif à sa consultation du 23 octobre 2015, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était passablement handicapé par ses arthroses du genou qui étaient plus gênantes fonctionnellement à droite qu'à gauche et plus douloureuses à gauche qu'à droite. L'assuré marchait avec deux cannes en permanence qu'il utilisait pour mettre en charge partiellement le membre inférieur droit. Son périmètre de marche était d'environ trente minutes et il ne marchait pas réellement deux fois trente minutes par jour. Selon le bilan radiologique, il y avait un pincement articulaire important en interne à gauche et plus marqué en interne à droite. Il s'agissait d'une évolution défavorable d'une arthrose invalidante des deux genoux, peu améliorée par des ostéotomies de valgisation.

23. Par décision du 20 janvier 2016, l'OAI a confirmé sa position. Il a considéré que l'assuré n'avait pas contesté son projet dans le délai de trente jours, de sorte qu'il reprenait intégralement la teneur de ce dernier.
24. Par acte du 22 février 2016, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, afin de déterminer son taux d'incapacité de travail dans toute activité, et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps dès le 1^{er} février 2013, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé au sens des considérants. Il a fait grief à celui-ci de ne pas avoir donné suite à l'avis du SMR du 14 juillet 2014, qui estimait que le dossier était très compliqué et suggérait la mise sur pied d'une expertise médicale. Par conséquent, l'intimé s'était fondé uniquement sur l'avis du SMR du 17 août 2015 pour limiter dans le temps l'octroi de la rente entière d'invalidité, alors qu'à l'instar du SMR, le Dr E_____ considérait qu'une expertise se justifiait. Par ailleurs, son état de santé évoluait défavorablement et il allait atteindre l'âge de 61 ans au mois de décembre 2016. Finalement, l'intimé ne se basait sur aucun rapport médical probant pour limiter dans le temps sa rente d'invalidité dès lors que l'appréciation du SMR du 17 août 2015 ne permettait pas d'établir l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle dans quelque activité que ce fût. Par conséquent, il se justifiait pleinement de mettre en œuvre une expertise orthopédique judiciaire.

Le recourant a produit dans la procédure un rapport du Dr E_____ du 12 février 2016 confirmant que les opérations de juin 2013 et février 2014 n'avaient apporté qu'un bénéfice modéré à ses douleurs et à son autonomie. Par conséquent, le recourant n'avait pas retrouvé une capacité de travail entière dans une activité

adaptée dès le 8 septembre 2014 et la situation n'étant pas stabilisée à cette date. Même après le contrôle du 23 octobre 2015, la situation n'était toujours pas optimale. À son sens, le recourant devrait bénéficier d'une rente entière jusqu'au 23 octobre 2015 et dès cette date, éventuellement d'une demi-rente. Il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire tenant compte de l'excès pondéral, des autres problèmes médicaux et de l'arthrose bilatérale des genoux qui avait moyennement bien répondu aux ostéotomies.

25. Dans sa réponse du 22 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sa décision se fondait sur l'appréciation par la SUVA de la capacité de travail du recourant qui était partagée par le SMR. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité était en principe identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, ce qui imposait de fixer un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Les divers assureurs sociaux devaient évaluer chacun de manière indépendante l'invalidité dans chaque cas et ne pouvaient pas se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur. Toutefois, ils ne pouvaient pas ignorer l'évaluation de l'invalidité auquel avait procédé l'autre assureur social dans une décision entrée en force. Il n'y avait pas de violation du principe inquisitoire lorsque l'OAI se basait de manière déterminante sur le dossier de la SUVA. Le SMR avait considéré qu'il n'y avait aucun motif pour s'écarter de l'appréciation de la SUVA qui reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'exigibilité. Par conséquent, l'intimé avait suivi à juste titre les conclusions tant du SMR que de la SUVA pour déterminer la capacité de travail du recourant. Le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire étaient superflues. Selon le rapport du SMR du 2 mars 2016 qu'il produisait dans la procédure, le rapport établi le 12 février 2016 par le Dr E_____ ne contenait pas de justification médicale de son appréciation. Ce dernier ne faisait que répéter l'historique déjà connu des atteintes et des plaintes du recourant.
26. Dans sa réplique du 25 avril 2016, le recourant a fait valoir que le rapport du SMR du 2 mars 2016 était totalement lacunaire et ne permettait pas à l'intimé de justifier sa détermination. De plus, celui-ci ne pouvait pas se fonder sur les décisions de la SUVA dès lors qu'elles avaient été annulées par la chambre de céans par les arrêts précités des 30 juin et 25 août 2015 et que les causes avaient été renvoyées à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelles décisions. Le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.
27. Dans sa duplique du 24 mai 2016, l'intimé a estimé au vu des arguments du recourant que la procédure devait être suspendue jusqu'à droit connu dans les causes relevant de la SUVA, puisque sa décision reposait sur les décisions de celle-ci.
28. Invité à se déterminer sur la demande de suspension de la procédure, le recourant a indiqué, dans son écriture du 14 juin 2016, ne pas s'opposer à ladite suspension

dans l'attente des nouvelles décisions de la SUVA, qui auront une incidence sur la présente procédure.

29. Par arrêt incident du 21 juin 2016 (ATAS/487/2016), la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans les causes relevant de l'assurance-accidents, alors pendantes devant la SUVA, et a réservé la suite de la procédure.
30. Interpelé par la chambre de céans sur l'état d'avancement de la procédure en matière d'assurance-accidents, le recourant a précisé, dans son écriture du 2 novembre 2017, que la SUVA avait rendu une décision en date du 9 octobre 2017 qu'il produisait dans la procédure. Celle-ci clôturait les différents cas en raison de l'absence de lien de causalité entre les séquelles qu'il présentait et les accidents dont il avait été victime. Cependant, la question du degré d'invalidité demeurait. Dans son rapport du 23 octobre 2017, qu'il produisait également dans la procédure, le docteur F_____, chirurgien-orthopédiste FMH, faisait état d'une aggravation de ses troubles aux chevilles et aux genoux et considérait que son degré d'invalidité devrait être révisé au vu de l'aggravation progressive. Par conséquent, son recours restait d'actualité et il y avait lieu de reprendre l'instance.

Selon la décision de la SUVA du 9 octobre 2017, à la suite des arrêts de la chambre de céans, une expertise avait été effectuée par le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste FMH. Dans son rapport du 12 janvier 2017, l'expert avait conclu que les troubles actuels de la cheville gauche n'étaient plus dus aux accidents des 27 février 2012 et 2 juin 2014 et que l'état de santé qui aurait existé sans ces accidents était considéré comme atteint au 30 septembre 2014. Par conséquent, la SUVA mettait fin aux prestations d'assurance à cette date. Les troubles actuels au genou gauche n'étaient plus dus à l'accident du 6 novembre 2012 et l'état de santé qui aurait existé sans cet accident était atteint au 6 mai 2013. Les troubles qui avaient nécessité l'intervention du 20 février 2014 et la convalescence étaient de nature exclusivement malade. Par conséquent, la SUVA mettait fin à ses prestations dès cette date. S'agissant de l'accident du 5 novembre 2011 concernant le genou droit, le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint au plus tard après six mois, soit au 5 mars 2011 (recte : 5 mai 2012). Elle avait bouclé ce dossier au 31 mars 2015 par décision du 30 décembre 2014 et renonçait à demander le remboursement des indemnités versées à tort du 5 mars 2011 (recte : 5 mai 2012) au 31 mars 2015 ainsi que des avances sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versées à tort.

Dans son rapport du 23 octobre 2017, le Dr F_____ a constaté une aggravation des troubles du recourant aux genoux et aux chevilles. Ce dernier marchait actuellement avec des cannes ainsi qu'avec des chaussures orthopédiques et son périmètre de marche prolongée était mal toléré, ce qui l'obligeait à changer fréquemment de position. L'évolution après les ostéotomies de valgisation s'était faite vers une gonarthrose bilatérale très sévère à droite avec un pincement complet de l'interligne fémoro-tibial interne. Le recourant souffrait de douleurs mécaniques importantes aux chevilles dues à des troubles dégénératifs bilatéraux avec un pincement tibio-

astragalien externe, plus marqué à droite avec une ostéophytose de la marge antérieure tibiale. Compte tenu de cette invalidation progressive, une révision du taux d'invalidité paraissait nécessaire.

31. Interpelé par la chambre de céans, le recourant a précisé par courrier du 29 novembre 2017 que la décision de la SUVA du 9 octobre 2017 était entrée en force, dès lors qu'il n'avait pas formé d'opposition.
32. Par ordonnance du 5 décembre 2017, la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure et l'apport du dossier de la SUVA. Elle a réservé la suite de la procédure.
33. Le 14 décembre 2017, la SUVA a transmis son dossier.

Dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2017, le Dr G_____ a relevé que les bilans radiologiques de 2009 montraient clairement une atteinte des deux chevilles, surtout de la droite, avec des signes dégénératifs clairs à la cheville gauche. Lors de l'expertise de 2006, il existait déjà une arthrose astragalienne débutante de la cheville gauche qui était sans rapport avec l'accident d'octobre 2002. Les deux entorses de la cheville gauche, survenues les 7 septembre 2012 et 2 juin 2014, n'avaient pas entraîné de lésions séquellaires et avaient été l'équivalent d'entorses simples sur arrières-pieds qui présentaient des lésions antérieures dégénératives dans un contexte de surpoids, de pieds plats, d'antécédents d'entorses et de fracture du calcanéum. Le *statu quo sine* était fixé à environ six mois des traumatismes, soit un laps de temps qui permettait, en cas d'entorse de cheville sans complication, à une articulation présentant un état antérieur de récupérer. S'agissant des genoux, une IRM du genou gauche, effectuée en avril 2007, avait montré une chondromalacie condylienne de stade IV avec une lésion de la corne postérieure du ménisque interne. Par conséquent, le recourant présentait déjà une gonarthrose interne gauche en 2007, qui s'était ravivée en 2009 et avait justifié un bilan radiologique. La gonarthrose s'était poursuivie inévitablement en raison d'un varus du squelette jambier, mais surtout d'une importante surcharge pondérale. Lors de l'accident du 6 novembre 2012 touchant le genou gauche, le mécanisme lésionnel n'avait pas entraîné de lésion osseuse particulière et récente, mais une contusion simple du genou. La comparaison des clichés entre 2009 et 2012 montrait uniquement une augmentation de la gonarthrose interne, ce qui était banal en présence d'une surcharge pondérale aussi marquée. S'agissant du genou droit, il existait des plaintes importantes en 2006. Lors de l'accident du 5 septembre 2011, il n'avait pas été mis en évidence de lésion traumatique récente. On pouvait se demander s'il y avait vraiment eu des entorses ou s'il ne s'agissait pas simplement d'une décompensation subite douloureuse, classique en cas d'arthrose du genou chez un patient présentant une obésité pathologique. En tenant compte de l'état antérieur, l'expert fixait un *statu quo sine* six mois après les accidents. Au vu de ses conclusions, il ne s'est pas prononcé sur les questions relatives à la limitation de la capacité de travail du recourant dans son activité d'agent de surveillance et à la baisse de rendement due aux séquelles des accidents, ni sur celles relatives aux fonctions et activités que le recourant pouvait encore exercer.

34. Dans sa détermination du 24 janvier 2018, le recourant a requis la reprise de l'instruction afin de déterminer son degré d'invalidité en lien avec l'ensemble des atteintes à la santé dont il souffrait. Cette dernière était très mauvaise et ne lui permettait en aucun cas la reprise d'une quelconque activité professionnelle, de sorte que son incapacité de travail devait être considérée comme totale. En effet, le Dr E_____ dans son rapport du 29 octobre 2015 et le Dr F_____ dans son rapport du 23 octobre 2017 estimaient qu'il n'avait plus aucune capacité de travail en raison notamment d'une aggravation de son état de santé, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps dès le 1^{er} février 2013. Au surplus, le recourant a répété ses précédents griefs et a confirmé ses précédentes conclusions au fond, tout en ne maintenant plus ses conclusions préalables.
35. Dans sa détermination du 12 avril 2018, l'intimé a repris à son compte les conclusions prises par le SMR dans son avis du 10 avril 2018, qu'il produisait dans la procédure, à savoir que le rapport d'expertise du Dr G_____ ne faisait que confirmer les conclusions du SMR d'août 2015. Il a confirmé ses précédentes conclusions.

Selon l'avis du SMR du 10 avril 2018, le rapport du Dr F_____ signalait une possible aggravation de l'état de santé du recourant, mais les signes pour une éventuelle aggravation n'étaient que subjectifs. Le Dr F_____ ne fournissait aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause les conclusions d'août 2015. Le Dr G_____ confirmait en tous points les évaluations précédentes puisqu'il concluait que les nouveaux accidents survenus entre 2012 et 2014 n'avaient pas eu de conséquences durables, étant donné qu'ils n'avaient pas provoqué de nouvelles lésions osseuses, de sorte que l'aggravation n'avait été que subjective. Il confirmait que la capacité de travail du recourant n'avait été affectée que temporairement, soit tout au plus durant six mois après chaque traumatisme. Ces nouveaux documents ne faisaient que confirmer les conclusions du SMR d'août 2015.

36. Le 16 avril 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant.

EN DROIT

1. Dans son arrêt incident du 21 juin 2016, la chambre de céans a déjà tranché les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité après le 31 décembre 2014, respectivement l'évaluation de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.
4. a. 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 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).

b. 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).

c. 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.

5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une

expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

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

6. a. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 consid. 5.2.2). 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).

b. 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

c. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7. a. En l'espèce, le recourant dénie toute valeur probante au rapport du SMR du 17 août 2015 au motif qu'il est lacunaire. Il fait également grief à l'intimé de ne pas avoir donné suite à l'avis du SMR du 14 juillet 2014 préconisant la mise en œuvre d'une expertise. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'expertise du Dr G_____ ne fait que confirmer les conclusions du SMR d'août 2015 et que, dans la mesure où les divers accidents n'ont pas provoqué de lésions osseuses, ils

n'ont affecté que temporairement la capacité de travail du recourant, soit tout au plus durant six mois après chaque traumatisme. Par ailleurs, l'intimé estime qu'il peut reprendre l'appréciation de l'incapacité de travail faite par l'assurance-accidents au vu du principe d'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité.

b. Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA.

Le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Un peu plus tard, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288 (ATF 133 V 549 consid. 6).

En l'occurrence, dans la mesure où le recourant, en se référant à l'arrêt ATF 126 V 288, laisse entendre que l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il n'existerait aucun motif de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail faite par la SUVA, son argumentation n'est pas pertinente (cf. pour un cas similaire : arrêt du Tribunal fédéral 9C_529/2010 du 24 janvier 2011 consid. 3.3). Elle l'est d'autant moins que la SUVA a mis un terme à la prise en charge des divers accidents du recourant, par décision entrée en force du 9 octobre 2017 qui est bien postérieure à la décision litigieuse. De plus, les conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____, sur lesquelles elle se base, font état de troubles antérieurs aux divers accidents, plus précisément d'arthrose aux chevilles et aux genoux dans un contexte de surpoids, de pieds plats, d'antécédents d'entorses et de fracture du calcanéum, ainsi que d'une gonarthrose droite qui se poursuit inexorablement depuis 2007 en raison d'un varus et d'un surpoids important. Or, dans ladite expertise, au vu de ses conclusions quant à l'atteinte du *statu quo sine* six mois après tous les accidents litigieux, le Dr G_____ ne procède à aucun moment à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, ni dans son activité antérieure, ni dans une activité adaptée, pas plus qu'il ne définit ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, la décision entrée en force de la SUVA et le rapport d'expertise sur lequel elle s'appuie ne traitent pas de la capacité de travail du recourant et de ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'ils n'ont aucune incidence sur le sort de la présente procédure et ne pouvaient pas dispenser l'intimé de procéder à sa propre évaluation du degré d'invalidité du recourant.

c. Quant à l'avis du SMR du 14 juillet 2014 invoqué par le recourant, il ne s'agit nullement d'un rapport du SMR, mais d'une demande d'avis SMR faite par le gestionnaire de l'intimé qui s'interrogeait sur la nécessité de procéder à une telle expertise.

Aussi y a-t-il lieu d'examiner la valeur probante des rapports médicaux sur lesquelles l'intimé se base pour établir la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles dans une activité adaptée.

8. L'évaluation de l'intimé se fonde essentiellement sur le rapport du Dr D_____ du 8 septembre 2014, consécutif à son examen du 27 août 2014, qui a eu lieu deux ans et demi avant l'émission de la décision de l'intimé. Or, cette évaluation ne concerne que les troubles du genou droit, puisque le médecin d'arrondissement considère que les entorses de la cheville gauche avaient cessé leurs effets délétères au plus tard à la date de l'examen. Par la suite, selon le rapport du Dr E_____ du 29 octobre 2015, l'arthrose des deux genoux a évolué défavorablement avec la présence d'un pincement articulaire important en interne à gauche et plus marqué en interne à droite. Cette conclusion est confirmée par le rapport d'expertise du Dr G_____, qui relève que la gonarthrose bilatérale se poursuit inexorablement en raison d'un varus et surtout d'une importante surcharge pondérale et qu'on peut se demander s'il y a réellement eu des entorses et s'il ne s'agit pas plutôt simplement de décompensation subite douloureuse classique en cas d'arthrose du genou chez une personne présentant une obésité pathologique. Dans son rapport du 23 octobre 2017, le Dr F_____ fait également état d'une aggravation progressive des troubles des chevilles et des genoux. Il précise que l'évolution après les ostéotomies de valgisation s'est faite vers une gonarthrose bilatérale très sévère à droite avec un pincement complet de l'interligne fémoro-tibial interne et une arthrose bilatérale des chevilles avec pincement tibio-astragalien externe plus marqué à droite.

Par conséquent, au vu de l'aggravation progressive de l'état de santé du recourant, qui touche tant les genoux que les chevilles, l'évaluation du Dr D_____ du 8 septembre 2014 n'est plus d'actualité et ne peut en aucun cas permettre une évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles tenant compte de toutes ses atteintes à la santé dès lors qu'elle se limite à examiner les effets de l'atteinte au genou droit à fin août 2014.

L'avis du SMR du 17 août 2015 sur lequel l'intimé s'est basé pour étayer la décision litigieuse retient une capacité de travail nulle dans toute activité, du 27 février 2012 au 7 septembre 2014, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 8 septembre 2014, soit dès la date du rapport d'examen du Dr D_____. Pour les mêmes motifs que ceux mentionnés concernant celui-ci, il ne peut en aucun cas permettre à l'intimé de statuer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à l'émission de la décision litigieuse, respectivement sur sa capacité de travail exigible et ses limitations fonctionnelles.

Quant à l'avis du SMR du 10 avril 2018, il considère que le rapport d'expertise du Dr G_____ confirme les évaluations précédentes, à savoir que les accidents survenus en 2012 et 2014 n'ont pas eu de conséquences durables, que la capacité de travail n'a été que très temporairement affectée tout au plus pendant six mois après chaque accident, que les traumatismes n'ont pas entraîné de nouvelles lésions

osseuses et que, dès lors, l'aggravation n'a été que subjective. Il estime également que dans son rapport du 23 octobre 2017, le Dr F_____ fait état d'une possible aggravation de l'état de santé du recourant sans toutefois fournir d'éléments médicaux objectifs, de sorte que les signes d'une éventuelle aggravation ne sont que subjectifs.

Contrairement à ce que soutient le SMR, le rapport d'expertise du Dr G_____ ne conclut nullement à une aggravation subjective des troubles du recourant. Au contraire, il compare les différents examens radiologiques et observe qu'ils objectivent une aggravation de la gonalgie bilatérale qui se poursuit inexorablement en raison d'un varus et surtout d'une importante surcharge pondérale. De plus, il ne se prononce nullement sur la capacité de travail du recourant, mais sur le lien de causalité naturelle entre les troubles du recourant et les divers traumatismes, qu'il estime éteint six mois après chaque traumatisme. Quant au rapport du Dr F_____ du 23 octobre 2017, il diagnostique une gonarthrose bilatérale très sévère à droite avec un pincement complet de l'interligne fémoro-tibial interne et une arthrose bilatérale des chevilles avec pincement tibio-astragalien externe plus marqué à droite, en se référant précisément à des signes objectifs ressortant des divers examens radiologiques. Par conséquent, l'avis du SMR du 10 avril 2018 ne tient pas compte des éléments objectifs du dossier, mais se base sur une appréciation subjective qui n'a aucune valeur probante.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant tenant compte de tous les troubles dont il souffre, seul le rapport du Dr E_____ du 12 février 2016 se prononce à ce sujet. Il conclut à une incapacité de travail entière jusqu'au 23 octobre 2015 et éventuellement à une capacité de travail de 50 % dès cette date. Il précise également que le recourant n'a pas retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 8 septembre 2014. Toutefois, cette évaluation n'est pas motivée, de sorte qu'elle n'a pas de valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr F_____ ne conclut nullement à une incapacité de travail de 100 % mais fait état d'une invalidation progressive justifiant une révision du taux d'invalidité, sans se prononcer plus précisément sur sa capacité de travail. Par conséquent, faute de précision sur cette question, il ne permet pas davantage d'apprécier la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9. 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).

En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des rapports du SMR et des chirurgiens-orthopédistes, ainsi que du rapport du D_____, l'intimé aurait dû procéder à l'instruction médicale du cas, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire, voire inexistante.

Faute de toute instruction sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, ainsi que sur l'évolution de son état de santé, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

10. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, d'annuler la décision du 20 janvier 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 20 janvier 2016.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique, puis nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimé.
6. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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