RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/693/2021 **ATAS/1082/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 octobre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à LE LIGNON	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yda ARCE et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, originaire du Portugal, entré en Suisse le 31 mai 2010, titulaire d'une autorisation d'établissement C, marié, père de quatre enfants nés en 2005, 2009, 2013 et 2018, a exercé une activité de maçon coffreur, la dernière fois du 14 juillet au 28 juillet 2017 et du 21 août au 30 septembre 2017 pour C_____ SA (contrat de durée déterminée) et comme personnel d'entretien pour D_____ SA du 31 juillet au 18 août 2017 à raison de deux heures par jour.

2. L'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et un délai cadre a été ouvert en sa faveur du 2 mai 2016 au 1er mai 2018.

3. Le 10 octobre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en mentionnant une incapacité de travail totale depuis le 31 août 2017 et des gonarthroses bilatérales.

4. Le docteur E_____, médecin adjoint au département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté le 23 octobre 2019 d'un diagnostic de gonarthrose droite varisante et d'une ostéotomie tibiale de valgisation et méninscectomies partielle médiale du genou par gonarthrose fémoro tibiale interne gauche le 7 février 2018. L'assuré présentait une décompensation arthrosique du genou droit avec un important épanchement et douleurs associées, avec déformation varisante métaphysaire, ainsi que des douleurs au genou gauche.

5. Le 28 novembre 2019, le docteur F_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI selon lequel il suivait l'assuré depuis le 28 septembre 2015, qui était en incapacité de travail totale depuis le 31 août 2017, en raison d'une gonarthrose bilatérale et de douleurs au niveau des deux genoux ; l'assuré devait se reconvertir et, dans une activité tenant compte de l'état de santé, il pourrait travailler normalement.

6. Le 9 janvier 2020, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a retenu un statut d'actif de l'assuré.

7. Par communication du 9 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'une mesure d'intervention précoce ou de réadaptation n'était pas indiquée.

8. Le 5 mars 2020, le docteur G_____, médecin adjoint aux HUG, a indiqué à l'OAI que l'assuré avait bénéficié d'une injection de visco-PRP autologue les 14 janvier et 3 mars 2020, dont le résultat pourrait être évalué dans 2 à 3 mois. En fonction du progrès, une reprise de travail formelle pourrait être attestée avec des limitations exclues en position accroupie à genoux sur des chantiers et avec des ports de charges répétés de plus de 10 kg.

9. Le 17 mars 2020, le Dr E_____ a attesté d'une gonarthrose droite varisante occasionnant des douleurs, également au genou gauche ; une intervention au genou droit était proposée à l'assuré.

10. Le 14 avril 2020, le Dr H_____ du service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'état de santé n'était pas stabilisé.

11. Le 15 juin 2020, le Dr F_____ a indiqué qu'il avait vu l'assuré la dernière fois en novembre 2019, qu'il était toujours en incapacité de travail totale, qu'il existait des douleurs invalidantes aux deux genoux, que l'assuré ne disposait pas de ressources pour une réinsertion et qu'un horaire normal pouvait être exigé dans une activité qui tienne compte de l'état de santé.

12. Le 2 décembre 2020, le Dr G_____ a attesté d'un effet partiellement favorable aux trois injections (une dernière le 24 juin 2020) ; les restrictions étaient liées à la marche, les escaliers et la position accroupie ; actuellement l'assuré ne pouvait reprendre son activité professionnelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 %.

13. Le 7 décembre 2020, le Dr G_____ a écrit au Dr E_____ que les douleurs ne s'étaient pas suffisamment améliorées suite aux infiltrations et l'éventualité d'une chirurgie devait être discutée ; l'incapacité de travail était définitive dans son dernier travail et il encourageait l'assuré à trouver un poste sans position à genou, accroupie, utilisation des escaliers, un port de charge limité à 5-10 kg et favorisant une position assise, soit mixte.

14. Le 14 janvier 2021, le Dr H_____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du Dr G_____, de sorte que l'incapacité de travail était totale dès le 27 août 2017 dans l'activité de maçon et nulle dans une activité adaptée dès le 28 novembre 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Epargne des genoux, soit une activité essentiellement sédentaire, pas de station et de marche prolongée, pas de marche en terrain instable ou irrégulier, pas de position accroupie ou à genoux.

15. Le 15 janvier 2021, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 10 %. Le revenu sans invalidité était de CHF 68'330.- (selon l'ESS 2016, TA1, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2019) et le revenu d'invalide de CHF 61'503.- (selon la même tabelle, avec une déduction de 10 %).

16. Par projet de décision du 18 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que celle-ci ayant été déposée le 10 octobre 2019, la rente entière d'invalidité due en raison de l'incapacité de travail totale du 27 août 2018 (recte : 2017) au 23 novembre 2019 ne pouvait être versée. Dès novembre 2019, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, et le degré d'invalidité, de 10 %, ne donnait pas droit à une rente.

17. Le 3 février 2021, le Dr E_____ a écrit à l'OAI que l'assuré ne pouvait pas reprendre un travail en tant que maçon ou dans une autre activité adaptée, dans le bâtiment. Il a joint un rapport de consultation du 1er février 2021 et un rapport d'IRM du genou droit du 20 janvier 2021.

18. Le 17 février 2021, le Dr H_____, du SMR, a relevé que l'IRM du 20 janvier 2021 confirmait la gonarthrose sans montrer d'autres atteintes et les médecins traitants confirmaient l'incapacité de travail totale de l'assuré dans des activités dans le bâtiment. Il n'y avait pas de mention de nouvelle atteinte ou d'une aggravation.

19. Par décision du 17 février 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

20. Le 18 février 2021, l'assuré s'est opposé au projet de refus de prestations, en relevant qu'il présentait, au quotidien, des douleurs et des insomnies et qu'une opération au genou droit était programmée. Cette écriture a été transmise à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, qui a enregistré un recours et, le 6 mars 2021, l'assuré a confirmé qu'il recourait contre la décision du 17 février 2021.

21. Le 24 mars 2021, il a communiqué un « consentement du patient » du département de chirurgie des HUG, selon lequel il acceptait l'intervention chirurgicale proposée, soit une prothèse totale du genou droit.

22. Le 6 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant qu'il avait suivi les avis des médecins traitants, les Drs F_____, G_____ et E_____, et que l'intervention projetée ne conduirait qu'à une incapacité de travail passagère.

23. Le 4 mai 2021, l'assuré a répliqué, en faisant valoir que l'OAI ne lui avait pas indiqué précisément dans quelle activité il pourrait travailler. Il ne pouvait tenir debout longtemps, était sans diplôme et n'avait jamais exécuté un travail de type administratif.

24. Le 31 mai 2021, la chambre de céans a entendu le recourant en audience. Elle a ensuite requis des renseignements médicaux complémentaires.

    a. Le Dr E_____ a indiqué, le 7 juillet 2021, qu'il était nécessaire que l'assuré se reconvertisse dans une activité qu'il pourrait exercer à 100% dès que la prothèse au genou droit serait posée, soit une activité sans port de charge de plus de 5 kg et dans une position assise, en respectant toutefois les limitations fonctionnelles citées par le SMR le 14 janvier 2021.

    b. Le Dr G_____ a indiqué, le 16 juillet 2021, que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée mais qu'il ne pouvait confirmer la date du 28 novembre 2019, la situation n'étant pas stabilisée au 8 janvier 2020.

25. Le 13 septembre 2020, le SMR a estimé qu'en se basant sur les indications de mobilité articulaire de l'assuré et la description de ses déplacements, l'exigibilité d'une activité adaptée à 100% était présente au moins dès le 28 novembre 2019, dès lors qu'en janvier 2019, une activité aurait même déjà pu débuter ; la gonarthrose droite, apparue progressivement, justifiait une incapacité de travail de 3 à 6 mois.

26. Le 8 septembre 2021, l'OAI s'est ralliée à l'avis du SMR précité.

    L'assuré n'a pas fait d'observations.

EN DROIT

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA)

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel.

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

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

b. 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).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il

n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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

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

10. a. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant était totalement incapable d'exercer son activité habituelle dès le 27 août 2017, mais capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 28 novembre 2019.

    Le recourant conteste sa capacité de travail, en faisant valoir qu'il présente des douleurs aux pieds et aux genoux, entraînant des insomnies et qu'il ne peut tenir debout longtemps.

    b. Les médecins-traitants du recourant s'accordent pour reconnaître à celui-ci une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 14 janvier 2021 (rapports des Drs F_____ du 28 novembre 2019, G_____ du 16 juillet 2021 et E_____ du 7 juillet 2021).

    Le recourant ne produit aucun document médical qui attesterait d'une capacité de travail nulle dans toute activité, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail totale du recourant, exigible dans une activité adaptée.

    Reste litigieuse la date de l'exigibilité d'une telle capacité de travail.

    c. A cet égard, contrairement à l'avis du SMR du 13 septembre 2021, les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de confirmer la date du 28 novembre 2019.

    En effet, cette date est basée sur le rapport médical AI du Dr F_____ ; or, celui-ci est médecin généraliste et n'a pas une spécialisation en orthopédie ; d'ailleurs, en guise de réponses à plusieurs des questions qui lui étaient posées, il a invité l'OAI à se référer aux rapports des spécialistes des HUG ; il s'est limité à attester d'une gonarthrose bilatérale du recourant et à indiquer que celui-ci « devra se reconvertir » et que, dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé, l'horaire est normal avec un potentiel de réadaptation bon, le recourant étant

travailleur. Ce rapport médical ne saurait, dans ces conditions, établir à lui seul une aptitude à la réadaptation du recourant au 28 novembre 2019.

Or, s'agissant des médecins spécialistes traitants, le Dr E_____ a rendu, le 23 octobre 2019, un rapport après une consultation de l'assuré du 3 septembre 2019, attestant de douleurs au genou droit depuis avril 2019 en raison d'une gonarthrose ayant justifié une infiltration ; il a constaté une décompensation arthrosique du genou droit avec un important épanchement et des douleurs associées, avec globalement une déformation varisante métaphysaire ; une infiltration était envisagée en novembre 2020 suivie d'une chirurgie du genou droit. Cette proposition d'intervention chirurgicale a ensuite été réitérée lors de la consultation du 3 décembre 2019 (rapport du Dr E_____ du 17 mars 2020). En définitive, le Dr E_____ a considéré que l'état de santé du recourant ne serait stabilisé qu'après l'intervention du 25 août 2021 sur le genou droit et qu'une exigibilité professionnelle dans une activité adaptée ne serait donnée qu'à ce moment-là (rapport du Dr E_____ du 7 juillet 2021). Quant au Dr G_____, il a attesté, en mars 2020, d'une gonarthrose à droite ayant justifié deux infiltrations dont le résultat était à évaluer dans 2 à 3 mois (rapport du Dr G_____ du 5 mars 2020) et a considéré que, lors de son premier rendez-vous avec le recourant, le 8 janvier 2020, la situation n'était pas stabilisée (rapport du Dr G_____ du 16 juillet 2021). Ce n'est que le 2 décembre 2020, que le Dr G_____ a attesté d'une capacité de travail de 100% du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après un effet partiellement favorable à 3 injections (des 14 janvier, 3 mars et 24 juin 2020) et de la physio GLA:D (pour les arthroses du genou), effectuée en octobre et novembre 2020 (rapports du G_____ des 2 et 7 décembre 2020).

Quant au SMR, il a également admis, dans son avis du 14 avril 2020, que la situation n'était pas stabilisée.

Au demeurant, la date de l'aptitude à la réadaptation fixée par le SMR le 28 novembre 2019 n'est pas concluante et ne résiste pas à l'examen, le Dr F_____ s'étant limité, comme médecin généraliste, à évoquer, à cette date, une réadaptation future du recourant, le SMR ayant d'ailleurs lui-même considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé en avril 2020, comme cela a été relevé par les médecins-traitants, et un retour à l'emploi dans une activité adaptée n'ayant été admis qu'au plus tôt en décembre 2020 par le Dr G_____.

Ainsi, l'évaluation de l'état de santé du recourant, telle que présentée par le SMR - lequel retient que le recourant a présenté depuis 2019 une aggravation progressive de son état de santé par le développement d'une gonarthrose droite ayant nécessité, en août 2021, une intervention chirurgicale - doit être précisée. En effet, la décompensation arthrosique du genou droit était déjà constatée en septembre 2019, avec un important épanchement et des douleurs (une chirurgie étant déjà discutée à cette date), excluant une aptitude du recourant à la réadaptation au 28 novembre 2019.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aptitude à la réadaptation du recourant dès décembre 2020, moment où le Dr G_____ l'a admise, étant rappelé que ne sont examinés que les faits survenus jusqu'au jour de la décision litigieuse, en l'occurrence le 17 février 2021 (ATF 144 V 210).

11. a. Compte tenu de l'incapacité de travail totale du recourant du 27 août 2017 au 30 novembre 2020, celui-ci a droit à une rente entière d'invalidité du 1er août 2018 au 28 février 2021.

Vu le dépôt de la demande de prestations, le 10 octobre 2019, ce droit à une rente entière d'invalidité ne prend naissance que le 1er avril 2020 jusqu'au 28 février 2021.

b. Dès décembre 2020, le degré d'invalidité est calculé en tenant compte d'une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée, aboutissant à un degré d'invalidité de 10%, conformément au calcul effectué par l'intimé le 15 janvier 2021 et qui n'est pas contesté par le recourant, étant précisé que les revenus avant et après invalidité étant indexés sur l'ESS 2018, avec un abattement de 10% sur le revenu d'invalide, un calcul effectué en 2020 aboutirait au même résultat.

Un degré d'invalidité de 10% n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement (ATF 124 V 108). Quant à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel, telle qu'une orientation professionnelle, elle ne se justifie pas vu la capacité de travail de 100% du recourant dans toute activité respectant les limitations d'épargne des genoux, soit une activité essentiellement sédentaire (avis du SMR du 14 janvier 2021 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2018 du 29 octobre 2009).

12. En conséquence, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er avril 2020 au 28 février 2021.

Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 17 février 2021.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er avril 2020 au 28 février 2021.
5. Met un émolument de CHF 200.- 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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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