

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/975/2016

ATAS/614/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 juillet 2017**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) est né le \_\_\_\_\_ 1979, originaire du Kosovo, titulaire d'un diplôme de juriste délivré par l'université de Pristina (Kosovo), marié et père de trois enfants, nés en 2008, 2009 et 2013. Il est arrivé en Suisse en 2007 et a exercé diverses activités, notamment dans le nettoyage et sur des chantiers, avant d'être engagé dès le 5 janvier 2011 comme fondeur par B\_\_\_\_\_ SA. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 novembre 2014. Son salaire mensuel s'élevait, en 2014, à CHF 4'700.- (versé 13 fois l'an).
2. L'assuré est en incapacité de travail depuis le 5 février 2014 en raison de lombalgies.
3. Les suites de cette maladie ont été prises en charge par la Zurich compagnie d'assurance SA (ci-après : l'assureur-maladie).
4. Par rapport du 20 juin 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgien de la colonne vertébrale, a indiqué avoir examiné l'assuré le 16 juin 2014. Ce dernier avait des douleurs lombaires basses en barre, qui étaient beaucoup plus importantes la nuit, et pour lesquelles il n'y avait pas eu de traitement de fond entrepris du point de vue médicamenteux. Il n'avait pas retrouvé d'élément sténosant central sous-récessal ou même foraminaux sur l'IRM du 21 février 2014. Les racines étaient bien entourées de signal graisseux dans les foramen des deux côtés, ce qui allait avec une origine pseudo-radulaire des douleurs. L'IRM montrait une dégénérescence discale L5-S1 modérée. Il y avait surtout une dégénérescence discale L4-L5 avec un pincement important et un signal inflammatoire Modic type 1 assez étendu.
5. Dans son rapport du 18 août 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a indiqué que l'état de l'assuré était stable depuis février 2014. S'agissant de ses limites fonctionnelles, les positions prolongées étaient difficiles en position assise et debout. La marche était limitée par une boiterie du membre inférieur droit. La capacité de travail était de 0% en tant que fondeur et de 50% dans une position assise. L'assuré était en arrêt de travail à 100% depuis qu'il le suivait, soit dès le 17 avril 2014. Il avait demandé un second avis au Dr C\_\_\_\_\_ qui ne proposait pas de chirurgie pour le moment. Aucune raison médicale n'empêchait une reprise de l'activité de travail, mais il ne pouvait pas indiquer de manière détaillée quelles étaient les activités pouvant être attribuées à l'assuré. Celui-ci devrait être évalué dans un atelier préprofessionnel.
6. Le 6 octobre 2014, l'assuré a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), une demande de prestations en raison d'une atteinte au dos et à la jambe droite.
7. Dans un rapport du 14 octobre 2014, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin interne au service de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie droite de type Modic 1 depuis le mois de février 2014 et qu'il ressentait parfois des crampes dans la jambe droite. Elle

---

n'avait vu l'assuré qu'à deux reprises, les 3 et 23 septembre 2014, alors que celui-ci n'avait pas encore commencé la physiothérapie. Son état de santé était alors stable et aucune amélioration n'avait été constatée. La capacité de travail était nulle depuis le 9 avril 2014. La capacité de travail dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles devraient être réévaluées une fois l'état de santé stabilisé et le traitement débuté. L'assuré ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position assise ou debout, ni celles nécessitant la marche en terrain irrégulier ou le fait de se pencher, la position accroupie, à genou, la rotation en position assise / en position debout, le port ou le soulèvement de charges quelles qu'elles soient, que ce soit près ou loin du corps et la montée sur une échelle. En revanche, il était en mesure d'exercer des activités dans différentes positions à 50%, de travailler avec les bras au-dessus de la tête pendant 70% de son temps ou encore monter des escaliers pendant 30% de son temps. Enfin, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance n'étaient pas limitées.

8. Selon le rapport établi le 28 octobre 2014 par le Dr D\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait, depuis le mois de février 2014, d'une discopathie L4-L5 sévère avec des signes inflammatoires de type Modic I ainsi que d'une discopathie modérée en L5-S1, lesquelles entraînaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit ainsi que de douleurs lombaires basses, en barre, beaucoup plus importantes la nuit. Les positions assises prolongées étaient difficiles et la marche était limitée par une boiterie antalgique du membre inférieur droit. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de fondeur, en raison de douleurs de type lombo-sciatalgies droites, associées à de la raideur lombaire, lesquelles rendaient le port de charges lourdes et le changement de position très difficiles. En revanche, dans une activité administrative, dont la nature devait être affinée dans un atelier préprofessionnel, une capacité de travail résiduelle de 50% existait.
9. Dans un rapport du 30 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stable depuis plusieurs mois et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%. Le patient pourrait actuellement reprendre un travail adapté à son dos, par exemple un travail de bureau. Un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
10. Par courrier du 15 janvier 2015, l'assureur-maladie a informé l'assuré que tant son médecin-conseil que le Dr D\_\_\_\_\_ étaient d'avis qu'il était capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. Par conséquent, afin qu'il puisse entreprendre les démarches nécessaires pour trouver une activité adaptée, des indemnités journalières à 100% lui seraient versées jusqu'au 30 avril 2015. Si au 1<sup>er</sup> mai 2015, il n'avait pas encore trouvé d'activité adaptée, il lui appartiendrait de s'inscrire à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE).
11. Les pièces médicales précitées ont été soumises au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) qui a considéré, dans un avis du 20 mars

---

2015, sous la plume de la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, que l'assuré était apte à la réadaptation depuis le 18 août 2014 dans une activité adaptée à 50% respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position debout prolongée ou de position en porte-à-faux, pas de montée ou descente des escaliers, pas de rotation de la colonne vertébrale à répétition.

12. L'assuré n'ayant pas pu reprendre une activité à 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 en raison de la persistance de la lombosciatalgie postérieure droite, l'assureur-maladie a mandaté le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, pour effectuer une expertise.
13. Après avoir décrit l'anamnèse et les pièces du dossier et résumé les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 27 juillet 2015, les diagnostics de discopathie sévère L4-L5 et discopathie L5-S1 avec retentissement de type sciatique dans le membre inférieur droit. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de fondeur. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée ne demandant pas d'effort physique ni les positions assise ou debout en permanence, telles que des activités en laboratoire, dans une librairie, une bibliothèque ou éventuellement à la réception dans une banque ou un hôtel, voire même un stage dans une étude d'avocats. Cependant, toutes ces activités requéraient la maîtrise du français, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Compte tenu de ces constatations, le Dr G\_\_\_\_\_ encourageait l'assuré à entreprendre des démarches auprès d'une assistante sociale de la commune, susceptibles d'influencer l'assurance-invalidité à mettre sur pieds une réadaptation.
14. Se fondant sur le rapport d'expertise précité, l'assureur-maladie a prolongé, par courrier du 31 juillet 2015, le délai de réadaptation, le fixant au 30 novembre 2015. Si l'assuré n'avait pas repris une activité professionnelle le 1<sup>er</sup> novembre 2015, il devrait s'adresser à l'OCE.
15. À l'initiative de l'OCE, une mesure sous la forme d'un stage évaluation métier a eu lieu aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : ÉPI) du 21 septembre au 16 octobre 2015. Ce stage, qui a été suivi jusqu'à son terme, avec trois jours d'absence pour cause de maladie, s'est déroulé à l'atelier de déconstruction. Selon le bilan établi le 19 octobre 2015, les déplacements à pied étaient limités à de courts trajets (maximum 15 minutes de marche), des durées plus importantes entraînant, selon l'assuré, des risques de blocage de la jambe. En atelier, la démarche était lente et parfois difficile. Le port de charge était exclu. Les positions de travail étaient difficilement maintenues, des alternances régulières étant nécessaires avec une adaptation en hauteur (permettant une alternance assis-debout plus aisée). Les positions statiques prolongées étaient mal tolérées. L'assuré se levait péniblement de sa chaise lors des changements de position. Il travaillait avec un rythme de travail relativement faible, en raison de l'incapacité à maintenir la position de travail et d'assurer une certaine continuité (pauses, coupures et recherches de

positions antalgiques, lesquelles devenaient plus fréquentes au cours de la matinée). Dans le cadre du travail en atelier protégé (marché secondaire de l'emploi), l'assuré avait fourni un travail d'environ 30 à 40%. Dans une activité sérielle chronométrée, les maîtres professionnels des ÉPI avaient mesuré un rendement de 58% environ (sur un mi-temps), ce qui correspondait à des résultats largement au-dessous de la norme. La qualité du travail était toutefois assez bonne (maîtrise, coordination et précision). L'assuré était capable d'assimiler plusieurs consignes simples en même temps. Toutefois, malgré une formation au niveau tertiaire au Kosovo, il présentait des lacunes en mathématiques assez importantes. Le raisonnement logique était également très limité avec des difficultés à déterminer des suites logiques. L'esprit d'équipe et l'entente avec la hiérarchie étaient excellents. L'assuré peinait à comprendre des énoncés en français. La compréhension d'un texte, même simple, n'était pas acquise. Il s'exprimait en français avec fluidité et comprenait également facilement. En conclusion, les faibles rendements produits et les diverses limitations et difficultés sus-décrites démontraient que l'assuré était éloigné du marché du travail et qu'une collaboration avec l'assurance-invalidité était souhaitable. Un cours de français serait une démarche utile en vue d'une réinsertion future, mais l'assuré ne se sentait pas en mesure de suivre un cours trop intensif, ce qui avait pour corollaire un risque d'absentéisme élevé.

16. Le 19 novembre 2015, le gestionnaire en charge du dossier de l'assuré a soumis au SMR le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 27 juillet 2015 ainsi que le bilan des ÉPI du 19 octobre 2015, lui demandant notamment de se prononcer sur la justification médicale du rendement de 58% sur un mi-temps.
17. Le même jour, le SMR, sous la plume de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie, a considéré, après avoir brièvement résumé les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ et celles du rapport des ÉPI, que l'assuré était en incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle depuis le 17 avril 2014, à 50% dans une activité adaptée au 18 août 2014 et capable de travailler à 100% dans une activité adaptée au 7 juillet 2015, ladite activité devant respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et alternance des positions.
18. Le 22 décembre 2014 (recte : 2015), l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, lequel a été arrêté à 8%, en tenant compte d'un salaire sans invalidité de CHF 61'100.-. Il a établi le salaire avec invalidité de CHF 56'211.- sur la base d'un salaire mensuel de CHF 5'210.-, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), tableau TA, homme, tous secteurs confondus (total), dans une activité de niveau 1, annualisé et indexé à 2014, après prise en considération d'une diminution de rendement de 15%.
19. Le 18 janvier 2016, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision lui déniait le droit à une rente d'invalidité et à d'autres mesures professionnelles.

20. Le 24 février 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité et a informé l'OAI qu'un nouvel élément s'ajoutait à son problème de santé initial. En effet, il devait subir une intervention chirurgicale durant le mois de mars prochain, en raison d'une atteinte au genou droit
21. L'assuré a complété son « opposition » par courrier du 28 février 2016, reçu par l'OAI le 2 mars 2016, expliquant qu'il souffrait de crises ponctuelles de douleur au genou droit, d'une durée variable mais devenant de plus en plus longue et extrêmement douloureuse. Cette douleur se déclenchait sur la base charnue du genou et provoquait une paralysie de toute la jambe droite, ce qui l'empêchait de reprendre son travail. Cela entraînait également une perte de force de cette jambe, laquelle était particulièrement gênante et paralysante.

En annexe figuraient plusieurs pièces, dont notamment les suivantes :

- Le duplicata du compte-rendu de radiologie relatif à l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) des articulations sacro-iliaques du 10 octobre 2014, faisant état d'une anomalie de signal sous-chondrale du pied de l'articulation sacro-iliaque droite sur la berge iliaque de façon très focale associée à une petite érosion. Lesdits remaniements étaient légers mais compatibles avec une sacro-iliite débutante. À cela s'ajoutaient de légers remaniements dégénératifs sacro-iliaques antérieurs des deux côtés ainsi qu'une discopathie érosive L4-L5 marquée, faisant évoquer une discopathie sur rhumatisme axial ;
  - Le compte-rendu de l'IRM du genou droit du 6 février 2016, mettant en évidence une ancienne fracture-impaction inférieure du condyle fémoral latéral avec une déformation concave probablement secondaire à une ancienne décompensation mécanique de ce condyle liée à une lésion sévère du ménisque latéral, qui était pratiquement complètement luxé médialement, plusieurs fissurations cartilagineuses profondes inférieures du condyle fémoral latéral sans défaut du cartilage, une discrète chondropathie du condyle fémoral médial et de la gorge de la trochlée fémorale ainsi qu'un épanchement intra-articulaire modéré.
22. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, vu l'insuffisance du taux d'invalidité, qui était 8%. Il relevait que l'examen des mesures d'intervention précoce s'était terminé en décembre 2015. Dès cette date, l'assuré pouvait exercer toute activité à temps complet sur le marché du travail équilibré qui ne nécessitait pas de formation complémentaire. Selon le tableau TA1, tous secteurs confondus (total) ESS 2012, un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 65'177.-. En raison de ses limitations fonctionnelles, une réduction supplémentaire de 15% lui était accordée, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 56'211.-. Selon les données communiquées par le dernier employeur de l'assuré, celui-ci pouvait prétendre à un salaire annuel brut de

---

CHF 61'100.-. En comparant les deux revenus, on obtenait une diminution de la capacité de gain de 8% (degré d'invalidité), qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. D'autres mesures professionnelles n'étaient en outre pas indiquées.

23. Le 3 mars 2016, l'OAI a accusé réception du complément d'« opposition » du 28 février 2016 et informé l'assuré que, dans la mesure où une décision avait été notifiée le 1<sup>er</sup> mars 2016, il lui appartenait de former un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
24. Par acte du 28 mars 2016, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 1<sup>er</sup> mars 2016 susmentionnée, en reprenant les arguments invoqués dans son courrier du 28 février 2016 et précisant que ses médecins lui avaient confirmé que les chances d'amélioration étaient inexistantes.

En annexe au recours figuraient, notamment, les pièces suivantes :

- le compte-rendu d'une IRM lombaire pratiquée le 30 mars 2016 ;
  - le compte-rendu opératoire du 14 mars 2016 relatif à l'arthroscopie du 11 mars 2016, au cours de laquelle ont été posés les diagnostics d'ancienne lésion du ménisque externe en anse de seau, d'instabilité du ménisque interne de la pars intermédiaire et de lésion chondrale de grade III du condyle fémoral externe sur environ 1 sur 2 cm<sup>2</sup>;
  - un certificat du 4 avril 2016, dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait qu'il était impératif que l'assurance-invalidité prévoie une reconversion professionnelle.
25. Dans sa réponse du 20 avril 2016, l'OAI estimait que les nouveaux éléments produits par le recourant ne faisaient que confirmer une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà évoquées, à savoir une activité essentiellement sédentaire. L'incapacité de travail consécutive à l'intervention du mois de mars 2016 ne courait que du 11 mars au 30 avril 2016 et n'était dès lors pas durable. Les simples plaintes subjectives ne suffisaient pas pour justifier une invalidité entière ou partielle.

En annexe de ses écritures, il a produit un avis médical établi le 14 avril 2016 par le docteur I\_\_\_\_\_, du SMR, selon lequel l'IRM du genou droit de l'assuré de février 2016 ne montrait que des séquelles d'une atteinte ancienne du ménisque latéral justifiant les limitations fonctionnelles déjà retenues d'épargne du membre inférieur droit (activité essentiellement sédentaire). Les nouveaux éléments reçus ne faisaient que confirmer l'incapacité de travail de l'assuré en tant que fondeur et une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos et du membre inférieur droit.

26. Le 11 mai 2016, le recourant a précisé qu'il était incapable de travailler, même à temps partiel, en raison des nombreuses séquelles dont il souffrait. La plupart des actes quotidiens lui étaient douloureux, voire impossibles, à exécuter sans aide. Il

marchait très difficilement et une position stationnaire, assis ou debout, lui était pénible dès qu'elle dépassait 10 minutes.

En annexe à ce courrier, il a produit :

- un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ certifiant que l'assuré était en incapacité totale de travail dès le 27 avril 2016 ;
- un certificat médical établi le 29 avril 2016 par le Dr J\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail pour accident du 29 avril au 10 juin 2016.

27. Par ordonnance du 3 novembre 2016, la chambre de céans a considéré que la décision attaquée reposait sur une instruction manifestement insuffisante. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ du 27 juillet 2015 étaient en contradiction avec celles du SMR, s'agissant des limitations fonctionnelles et avec le bilan des ÉPI, en ce qui concernait la diminution de rendement. De plus, les avis du SMR des 20 mars 2015 et 19 novembre 2015 ne retenaient pas les mêmes limitations fonctionnelles. À cela s'ajoutait le fait que l'intimé n'avait pas tenu compte de l'atteinte au genou de l'assuré dont il l'avait informé dans ses remarques du 24 février 2016 relatives au projet de décision du 18 janvier 2016. Enfin, le SMR ne s'était pas prononcé sur la justification médicale de la diminution de rendement constatée par les maîtres socio-professionnels des ÉPI, alors même que la question lui était expressément posée et le gestionnaire en charge du dossier de l'assuré avait retenu de manière arbitraire et de sa propre initiative, semblait-t-il, une diminution de rendement de 15%, qui ne ressortait ni d'une pièce médicale figurant au dossier ni du rapport du SMR.

La chambre de céans a ordonné en conséquence une nouvelle expertise rhumatologique, qu'elle a confiée à la docteure K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne.

28. À teneur du rapport d'expertise du 7 avril 2017, la Dresse K\_\_\_\_\_ a fondé son expertise sur l'étude du dossier médical et assécurologique mis à sa disposition, l'ordonnance d'expertise, l'anamnèse et l'examen clinique de l'expertisé du 13 janvier 2017 ainsi que sur l'étude du dossier radiologique. Sous discussion, elle a mentionné que les lombosciatalgies droites étaient toujours présentes, plus importantes depuis une dernière infiltration effectuée fin avril 2016, inchangées avec les différents traitements conservateurs (AINS, Dafalgan, physiothérapie à sec et en piscine, infiltrations, etc.). Elles étaient en barre dans la région lombaire, irradiant dans la fesse droite, face externe du membre inférieur droit, jusque sous le talon. Les douleurs étaient constantes, présentes également la nuit et augmentées le matin, avec une raideur matinale qui durait jusqu'à environ midi. En raison des douleurs, l'expertisé devait tout le temps changer de position et ne pouvait pas rester plus de quinze minutes assis, debout, ni marcher longtemps. La nuit, il présentait des troubles du sommeil en raison notamment des changements fréquents de positions. Il se plaignait toujours de gonalgies droites, malgré l'arthroscopie de

mars 2016, avec des douleurs actuellement aussi à gauche, principalement à la marche.

L'experte relevait, sous discussion, qu'il n'y avait pas pour l'instant d'indication chirurgicale selon les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. L'expertisé présentait des lombosciatalgies droites chroniques depuis février 2014, en relation avec une discopathie dégénérative L4-L5 et des éléments inflammatoires de type Modic I avec œdème des plateaux L4 et L5, sans changement entre 2014 et 2016. Il présentait également des gonalgies droites persistantes à la marche, à la suite d'une arthroscopie du genou droit en mars 2016. Une IRM des deux genoux avait été répétée le 14 septembre 2016. Le genou gauche était sans particularité. Il était décrit un œdème sous-chondral du condyle fémoral externe du genou droit, avec une chondropathie de stade IV du compartiment externe, pouvant expliquer les douleurs persistantes.

Sur le plan fonctionnel, en raison des lombosciatalgies et des gonalgies droites persistantes, l'expertisé était limité dans les travaux lourds, les ports de charges lourdes de plus de 10 kg, les positions assises et surtout debout prolongées, les positions accroupies et les activités nécessitant de se baisser régulièrement ainsi que les escaliers de manière répétée. Il ne pouvait plus exercer son ancienne activité de fondeur. Il pourrait en revanche exercer, à 100%, une activité plutôt assise, légère avec possibilité de changer occasionnellement de positions. Cependant, en raison des limitations fonctionnelles, son rendement était diminué de 30%. En effet, il avait été observé une baisse de rendement de 42% lors du stage aux ÉPI, mais avec un réentraînement au travail et dans une activité bien adaptée, on pouvait estimer une amélioration progressive du rendement. Comme mentionné par le Dr G\_\_\_\_\_, des cours de français seraient souhaitables ainsi qu'une aide au placement pour une réorientation professionnelle. Le pronostic concernant un retour au travail serait meilleur dans une activité plus intellectuelle.

S'agissant de la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail, en raison des lombosciatalgies, l'expertisé était limité dans les travaux lourds, les ports de charges de plus de 10 kg, les positions assise et surtout debout prolongées, les rotations de la colonne, les positions en porte-à-faux.

En raison des gonalgies droites, il était limité dans les positions accroupies et les activités nécessitant de se baisser régulièrement, et dans les escaliers.

L'expertisé ne pouvait plus exercer son ancienne activité de fondeur depuis le 4 février 2014. Il pourrait exercer une activité légère, plutôt assise, avec possibilité de changer de position, sans port de charges, sans position en porte-à-faux ou penchée en avant prolongée, sans déplacement prolongé, à terme à 100% avec une diminution de rendement de 30%, en raison des limitations fonctionnelles. Des mesures d'orientation professionnelle et d'accompagnement étaient souhaitables.

S'agissant des conclusions figurant dans le rapport du 27 octobre 2015 concernant la diminution de rendement et les limitations fonctionnelles observées pendant le

stage, l'experte considérait que les observations faites concernant le rendement lors de ce stage à mi-temps de trois semaines étaient difficiles à apprécier sur le long terme, car il ne s'agissait pas d'un stage de formation professionnelle. On pouvait toutefois estimer l'existence d'une diminution de rendement de 30% après un réentraînement au travail en raison des douleurs et des limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles observées lors du stage correspondaient aux constatations faites lors de l'expertise.

29. Le 28 avril 2017, le recourant a contesté quelques points rapportés dans le rapport d'expertise. Ses séquelles étaient beaucoup plus sérieuses et importantes que ce qui avait été retenu. Les douleurs persistaient et les chances d'amélioration étaient inexistantes dans son état actuel. Il contestait être apte à la réadaptation dans une activité adaptée, car ses limites fonctionnelles étaient beaucoup trop nombreuses et la douleur permanente, comme pouvaient le confirmer les médecins. De plus, il n'y avait aucune activité professionnelle possible dans son état, comme l'avaient mentionné les ÉPI. L'experte avait retenue à tort qu'il n'y aurait pas d'indications chirurgicales, puisque le docteur L\_\_\_\_\_ et le docteur M\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique au Groupe de chirurgie orthopédique de traumatologie, lui avaient affirmé par écrit qu'une intervention chirurgicale était nécessaire. Au vu des nombreux risques, il avait toutefois préféré prendre le temps pour y réfléchir.
30. À teneur d'un rapport signé par le Dr L\_\_\_\_\_ le 19 avril 2016, il y avait une assez bonne corrélation clinique et radiologique. Le patient présentait actuellement une symptomatologie mécanique et par conséquent toute prise en charge chirurgicale était relative. Il avait bien expliqué au patient qu'il n'y avait aucun danger et qu'il ne prenait aucun risque avec son dos. Sur le plan non chirurgical, le médecin proposait d'adresser le patient au docteur N\_\_\_\_\_, afin que ce dernier analyse les possibilités thérapeutiques. Si finalement à moyen ou long terme la situation n'était pas bonne, alors une chirurgie de remplacement discal aurait une certaine place. Pour le moment, le patient n'envisageait pas du tout une telle solution.
31. Le 7 juin 2017, l'OAI a précisé que, contrairement à ce qui figurait dans l'ordonnance d'expertise du 3 novembre 2016, le gestionnaire en charge du dossier n'avait pas retenu aucune diminution de rendement mais un abattement de 15%, qu'il avait mentionné au mauvais endroit. S'agissant de l'expertise du 7 avril 2017, les conclusions de l'experte sur la baisse de rendement n'étaient pas claires, car selon l'appréciation de cette dernière, la baisse de rendement de 30% était susceptible d'amélioration après réentraînement. Cependant, l'experte avait également indiqué que l'on pouvait retenir une diminution de rendement après un réentraînement au travail en raison des douleurs et des limitations fonctionnelles.

Il se justifiait de clarifier la question de la baisse de rendement. De plus, l'experte devrait préciser les causes de la baisse de rendement. Étaient-elles liées à une addition des lombosciatalgies et de l'atteinte au genou, et par conséquent à retenir

---

dès mars 2016 (après arthroscopie), ou étaient-elles liées uniquement aux lombosciatalgies et, par conséquent, à retenir dès quelle date.

32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. 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.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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<sup>er</sup> janvier 2008).
6. 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).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26

janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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. A 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).

10. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle

mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

---

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 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).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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.

Le cas d'assurance n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière (art. 22 et 29 a. 2 LAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation ou d'interventions précoces (art. 1<sup>septies</sup> RAI).

13. 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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail

d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps, mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C\_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références).

14. a. En l'espèce, il y a lieu d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise effectuée par la Dresse K\_\_\_\_\_. Celle-ci est fondée sur une anamnèse complète, le dossier médical de l'assuré, les indications subjectives de celui-ci et sur des observations cliniques. Elle contient une discussion détaillée du cas. Ses conclusions sont claires, motivées et convaincantes, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

b. Le recourant fait valoir que ses séquelles sont beaucoup plus importantes que celles retenues par l'experte et qu'il n'était pas apte à la réadaptation. Ces critiques très générales, qui se fondent sur le ressenti subjectif du recourant, ne remettent pas sérieusement en cause le rapport d'expertise, étant relevé qu'aucun médecin n'a conclu à une incapacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les ÉPI n'ont pas retenu qu'aucune activité professionnelle n'était possible dans son état, mais qu'une collaboration avec l'assurance-invalidité était souhaitable, en vue d'une réinsertion future. Ce rapport ne contredit ainsi pas les conclusions de l'experte sur la capacité de travail, étant relevé que, quoi qu'il en soit, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré, selon la jurisprudence précitée.

c. Le recourant fait valoir que l'expertise retient à tort qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale, en se prévalant d'un rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 19 avril 2016. Selon ce dernier, le patient présentait actuellement une symptomatologie mécanique et par conséquent toute prise en charge chirurgicale était relative. Si finalement à moyen ou long terme la situation n'était pas bonne, alors une chirurgie de remplacement discal aurait une certaine place. Pour le moment, le patient n'envisageait pas du tout une telle solution.

Il faut constater que la teneur de ce rapport laisse plutôt entendre qu'il n'y aurait pas d'indication chirurgicale au moment de sa rédaction, mais éventuellement à moyen ou long terme en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Il en résulte que l'expertise ne retient pas à tort qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale, étant encore relevé que les conclusions de l'experte se fondaient également sur l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, qui ne préconisait pas de chirurgie pour le moment (selon un rapport du 25 août 2014 mentionné par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 août 2014).

d. Pour sa part, l'OAI estime que le rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ n'est pas clair s'agissant de la baisse de rendement. Tel n'est pourtant pas le cas, car il ressort clairement du rapport que l'experte a fixé la baisse de rendement à 30% en tenant compte du fait que l'on pouvait attendre une amélioration du rendement évalué, lors du stage aux ÉPI, à 42%, avec un réentrainement au travail et une activité bien adaptée.

e. Il n'y a pas non plus nécessité de questionner l'experte sur les causes de la baisse de rendement pour déterminer si elles étaient liées à une addition des lombosciatalgies et de l'atteinte au genou. En effet, le rapport d'expertise précise, qu'en raison des lombalgies, l'expertisé était limité dans les travaux lourds, les ports de charges de plus de 10 kg, les positions assise et surtout debout prolongées, les rotations de la colonne, les positions en porte-à-faux et, qu'en raison des gonalgies, droites, il était limité dans les positions accroupies et les activités nécessitant de se baisser régulièrement, et dans les escaliers.

L'experte a ensuite estimé, sans distinguer les atteintes, que l'assuré pourrait exercer une activité légère, plutôt assise, avec possibilité de changer de position, sans port de charges, sans position en porte-à-faux ou penchée en avant prolongée, sans déplacement prolongé, à terme à 100% avec une diminution de rendement de 30%, en raison des limitations fonctionnelles.

Il faut constater que l'experte a pris en compte, pour déterminer l'activité que l'assuré pourrait exercer, les limitations qu'elle avait mentionnées en lien avec les lombosciatalgies.

Les causes de la baisse de rendement sont ainsi manifestement en lien avec les lombosciatalgies.

Il convient encore de relever que l'activité exigible telle que décrite par l'experte est compatible avec les limitations liées aux gonalgies, puisqu'il s'agit d'une activité plutôt assise.

f. L'OAI estime encore que l'experte devrait préciser dès quelle date la baisse de rendement de 30% attribuable aux lombalgies doit être prise en compte. Il n'y a pas lieu de faire préciser ce point à l'experte, dès lors que, dans la décision querellée, l'OAI a pris en compte pour procéder au calcul du degré d'invalidité la date à laquelle les mesures d'intervention précoce se sont terminées, soit en décembre 2015, précisant que la capacité de travail de l'assuré était restreinte depuis le mois d'avril 2014. La baisse de rendement établie par l'experte doit à l'évidence être prise en compte dès décembre 2015, étant rappelé qu'elle a été déterminée par l'experte sur la base des constatations faites lors du stage aux ÉPI qui s'est déroulé du 21 septembre au 16 octobre 2015.

15. Il convient ainsi d'établir le degré d'invalidité, en tenant compte d'une baisse de rendement de 30% sur le revenu avec invalidité, mais sans abattement supplémentaire, étant rappelé que, selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps, mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre. L'on obtient ainsi un degré d'invalidité de 24%, qui n'ouvre pas un droit à une rente d'invalidité étant inférieur à 40%.
16. Au vu du degré d'invalidité du recourant et bien qu'il n'ait pas émis de conclusion à cet égard, se pose la question de son droit à des mesures de réadaptation.

---

17. À teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Le moment auquel pourrait survenir l'incapacité de gain n'est pas déterminant (art. 1<sup>novies</sup> RAI).

L'art. 8 al. 2 LAI prévoit que les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels.

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a<sup>bis</sup>), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1<sup>er</sup>). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 130 V 488 consid. 2 et les références).

Selon le principe de la proportionnalité qui sous-tend les art. 8 et 21 LAI, l'assuré n'a droit qu'aux mesures de réadaptation nécessaires propres à atteindre le but visé mais non aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. La loi veut, en effet, assurer la réadaptation seulement dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas particulier. En outre, il doit exister un rapport raisonnable entre le coût

et l'utilité du moyen auxiliaire (proportionnalité au sens étroit; ATF 131 V 167 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2010 du 19 octobre 2010).

Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

18. En l'espèce, une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI est envisageable. Une mesure d'orientation professionnelle pourrait en outre aider le recourant à cibler la ou les activités les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celles du TA1).

Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles dont pourrait bénéficier le recourant pour tenir compte du fait qu'il ne peut plus travailler dans son activité précédente et de ses limitations fonctionnelles. Il conviendra de déterminer s'il est en mesure, en particulier pour des motifs subjectifs, de mettre à profit les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues.

19. Le recourant n'ayant pas eu gain de cause dans ses conclusions, son recours doit être rejeté. Le dossier sera néanmoins retourné à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles dont il pourrait bénéficier au vu du taux d'invalidité retenu.
20. Le recourant, qui succombe, sera condamné à un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI),

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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