

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/514/2018

ATAS/91/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Ana Rita PEREZ recourant

contre

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

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Christian PRALONG, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1979 au Portugal, en Suisse depuis octobre 2007, a occupé divers emplois, dans la boulangerie, comme peintre électrostatique ou comme déménageur. Il a déposé le 20 novembre 2008 une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) visant la prise en charge de mesures pour une réadaptation professionnelle et l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait d'une tumeur au genou droit et d'une « rotule à reconstruire ».
2. L'OAI a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité de déménageur, mais entière dans une activité adaptée dès septembre 2010. Par décision du 6 septembre 2011, il a ainsi reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 7 février 2009 au 30 novembre 2010, soit trois mois à compter de l'amélioration de l'état de santé. Cette décision a été confirmée par la chambre de céans le 17 janvier 2012 (ATAS/25/2012). Une mesure d'aide au placement a été mise en place à compter du 14 novembre 2011.
3. Un rapport a été établi par les Établissements publics pour l'intégration (EPI) le 24 avril 2012. À l'issue de l'observation professionnelle effectuée en atelier, il a été relevé que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise ou debout, lui laissant la possibilité d'alterner à sa guise les positions de travail. Cependant, celui-ci s'est plaint de ne pas tenir la position assise ou debout plus de quelques minutes d'affilée, ceci à cause de douleurs au genou, lequel a beaucoup gonflé durant la période en atelier. Du fait qu'il n'a pas été possible de savoir quand une éventuelle opération aurait lieu et d'obtenir des informations supplémentaires sur l'état de santé de l'assuré, le mandat a été prolongé pour un stage à l'atelier de réentraînement, ceci afin de vérifier si une activité proche de l'industrie légère en position essentiellement assise était adaptée. Au terme de ce stage, dont les trois dernières semaines ont été effectuées à mi-temps sur la base d'un certificat médical, il a été constaté que, malgré une bonne dextérité manuelle lors d'activités grossières, les rendements ont atteint avec peine 60% sur un mi-temps. Les changements de positions sont très fréquents (toutes les quinze minutes environ) et l'assuré dit ressentir des douleurs, gênes, manque de sensibilité au niveau de la jambe droite. Sa polyvalence dans ce domaine d'activités est aussi très réduite. Enfin, il a été observé qu'après une semaine de stage à plein temps à l'atelier de réentraînement, le genou a recommencé à gonfler, comme cela avait été le cas après les sept premières semaines de stage d'observation. Il a été conclu qu'actuellement, la capacité de travail de l'assuré n'était pas exploitable sur le marché économique ordinaire et le restera tant que l'assuré ne pourra pas médicalement assumer une activité plus importante qu'un mi-temps. Aussi, en accord avec l'OAI, a-t-il été décidé que l'assuré sortait des effectifs des EPI au terme de son mandat, soit le 1^{er} avril 2012.

Le mandat de placement a été clôturé le 22 juin 2012.

4. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 20 août 2012.
5. Par décision du 22 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière.
6. Par arrêt du 25 mars 2014 (ATAS/428/2014), la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré contre ladite décision, annulé celle-ci et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction sur la capacité de travail, détermination du degré d'invalidité et décision sur son droit aux prestations de l'AI.

La chambre de céans a considéré que même si la récurrence d'une synovite villonodulaire du genou droit alléguée par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande de prestations n'impliquait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps, il y avait lieu de rappeler que selon le rapport établi par les EPI le 24 avril 2012, l'exercice d'une activité à plein temps, même adaptée, avait eu pour effet, après une semaine seulement, que le genou recommence à gonfler. Au terme du stage dont les trois dernières semaines avaient été effectuées à mi-temps sur la base d'un certificat médical, il avait été constaté des rendements atteignant avec peine 60%. Il avait été relevé que d'un point de vue médical, l'état était instable et que selon les médecins, malgré les opérations subies et à venir, la tumeur au niveau du genou avait tendance à revenir, de sorte qu'il était difficile de définir à quel moment son état pourrait se stabiliser.

La chambre de céans a ainsi constaté que même si aucune aggravation notable n'avait en l'état été mise en évidence sur la base des documents médicaux versés au dossier, il résultait de l'observation en atelier, laquelle s'était déroulée en grande partie postérieurement à l'arrêt du 17 janvier 2012, que le rendement de l'assuré dans une activité adaptée, exercée qui plus est à mi-temps seulement, ne dépassait pas 60%. Elle a rappelé que 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. Elle a ainsi jugé que l'assuré avait rendu l'aggravation de son état de santé plausible, et en a conclu que l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer notamment les conséquences des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail.

7. Faisant suite à l'arrêt de la chambre de céans du 25 mars 2014, l'OAI a interrogé la doctoresse B_____, médecin-chef de clinique au département de chirurgie des HUG. Celle-ci a répondu, le 15 septembre 2014, comme suit : « Patient de 35 ans connu pour une synovite villonodulaire diffuse du genou droit ayant été opérée en février 2009 avec récurrence ayant nécessité une seconde opération en juillet 2010, puis une récurrence à nouveau ayant nécessité une troisième opération en mai 2014 où nous avons effectué une synovectomie totale du genou droit par arthrotomie antérieure et postérieure. Nous sommes actuellement à quatre mois de cette intervention et le patient récupère progressivement ses mobilités articulaires. Par

contre, il présente une amyotrophie majeure de tout le membre inférieur droit l'obligeant à marcher avec une canne (...). Dans ce contexte, il ne pourra a priori reprendre son travail de déménageur et dans ce sens nous vous demandons d'organiser une reconversion professionnelle et éventuellement un stage à la Clinique romande de réadaptation d'ici quelques mois, la situation n'étant pas stabilisée actuellement ».

8. Le docteur C_____, orthopédiste, a également été interrogé. Il a indiqué le 26 septembre 2014 que l'assuré souffrait d'une synovite villonodulaire du genou droit depuis 2008 et qu'il était incapable de travailler à 100% depuis le 7 février 2008 jusqu'à ce jour, précisant que le pronostic était mauvais et qu'il y avait « handicap à vie ! »
9. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a rappelé, le 17 octobre 2014, que selon la Dresse B_____, la situation n'était pas stabilisée. Il suggère dès lors qu'un nouveau rapport médical complet soit demandé à ce médecin.
10. Le 20 janvier 2015, la Dresse B_____ a informé l'OAI que suite à la dernière intervention du 13 mai 2014, des douleurs diffuses et une limitation fonctionnelle persistaient. Elle ajoute que le risque de récurrence est important. Elle évalue l'incapacité de travail à 100% du 13 mai 2014 à ce jour pour une durée indéterminée. Elle précise que l'assuré ne peut pas rester en position statique debout ou assis et que le périmètre de marche est de quinze minutes au maximum. L'activité exercée n'est plus exigible. Une activité adaptée est possible, mais probablement à temps partiel, sans port de charges, dès mai 2015. Elle propose que soit mis en place un stage à la Clinique romande de réadaptation à Sion pour évaluer quelle reconversion professionnelle est possible, précisant que le patient est motivé.
11. Dans une note du 22 juin 2015, le médecin du SMR a pris connaissance du rapport de la Dresse B_____ du 20 janvier 2015 et dit ne pas comprendre les raisons médicales à la limitation de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée. Il considère dès lors qu'il est nécessaire de demander une expertise rhumatologique auprès du docteur D_____, médecin interne et rhumatologue FMH, dans le cadre du SMR.
12. Celui-ci a effectué un examen clinique rhumatologique le 12 octobre 2015, avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise.

Il a retenu les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de :

- synovite villonodulaire récidivante du genou droit, avec status après trois opérations, gonarthrose droite, tendinose fusiforme quadricipitale droite et status après ostéochondrite du condyle fémoral interne droit probablement séquellaire ;
- talalgies droite dans le cadre de troubles statiques modérés des pieds.

Il a ajouté, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de discrets troubles statiques du rachis.

Il n'a noté chez l'assuré aucun signe d'exagération des symptômes en cours d'entretien ou d'examen. L'assuré lui a paru par ailleurs tout à fait désireux de reprendre une activité professionnelle, ayant déjà fait des démarches pour devenir conducteur de taxi, bien qu'il ait constaté qu'il lui sera difficile de freiner avec son genou droit. Par ailleurs, il devrait apprendre un anglais basique, ce qui ne semble pas l'effrayer, même s'il a arrêté l'école au Portugal à l'âge de 10 ans déjà et même s'il ne maîtrise pas le français. Quand il lui a parlé de ces problèmes, « il nous a semblé être contrarié ».

Le Dr D_____ a enfin relevé que l'assuré avait des idées noires, se demandant à quoi cela sert de vivre, mais il n'a pas d'idées suicidaires et ne passerait pas à l'acte », de sorte qu'il considère que l'assuré a « de bonnes ressources et une bonne intégration sociale ».

Il décrit les limitations fonctionnelles suivantes :

« Favoriser un travail sédentaire sur la demi-journée. Nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus de 20 minutes. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de soulèvement ou de ports réguliers de charges d'un poids de plus de 8 kg ».

L'incapacité de travail est complète depuis le 7 février 2009 dans l'activité de déménageur. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, elle est restée complète dans une activité adaptée du 7 février 2009 au 30 août 2010. Dès le 30 août 2010, il y a eu une capacité de travail entière dans une activité adaptée jusqu'au début 2012. Dès le début 2012, incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée jusqu'à mai 2014. Depuis mai 2014, l'incapacité de travail est complète jusqu'à octobre 2014 dans une activité adaptée. À partir d'octobre 2014, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale, incapacité de travail de 50%, même dans une activité adaptée.

13. Dans une note du 16 décembre 2015, le médecin du SMR a considéré que l'expertise du Dr D_____ était convaincante et qu'il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions, selon lesquelles la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité de déménageur et de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.
14. Le 15 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement sous forme de permis professionnel / transport professionnel de personnes TPP/B121 théorique du 9 avril au 8 juillet 2016. Cette prise en charge a été prolongée jusqu'au 30 avril 2017, accompagnée de cours intensifs de français du 23 janvier au 7 avril 2017.
15. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré le 11 mai 2017. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 47'361.- (soit le salaire annuel de déménageur 2010 réactualisé 2016) et un revenu annuel brut raisonnablement

exigible avec invalidité de CHF 31'227.-, selon l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS) pour l'année 2014, secteur privé, pour un homme exerçant dans le domaine du transport, dans une activité de niveau 2, sur la base d'un taux d'activité de 50%.

Il a admis une réduction supplémentaire de 10% pour le revenu avec indemnité en raison du taux partiel d'occupation, considérant que les autres critères, tels que l'activité légère seule possible et les limitations fonctionnelles, étant déjà pris en compte dans l'avis du SMR, les années de service (moins de dix ans auprès du même employeur) et l'âge (l'assuré a 37 ans et a un permis C) ne s'appliquaient pas dans cette situation.

Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité inférieur à 40%.

16. D'un rapport final du service de la réadaptation du 29 août 2017, il ressort que l'assuré n'a pas pu développer les compétences linguistiques et de compréhension pour réussir le permis B121, mais a passé avec succès le B122, lequel lui a suffi pour confirmer son projet professionnel de chauffeur de bus scolaire. L'assuré a déjà déposé son dossier professionnel en ce sens auprès du département de l'instruction publique (DIP) et du groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (GIAP). Aussi le mandat de réadaptation professionnelle a-t-il été fermé, l'assuré se voyant proposer de s'inscrire au chômage.
17. Le 4 octobre 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, selon lequel le droit à la rente ne lui était pas reconnu en raison des degrés d'invalidité insuffisants retenus, soit 0% du 1^{er} décembre 2010 au 31 décembre 2011, 36% du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2014, 36% à partir du 1^{er} octobre 2014 et 34% à l'issue de la mesure de reclassement professionnel. En revanche, un degré d'invalidité de 100% étant admis du 1^{er} mai au 30 septembre 2014, le droit à un quart de rente débute le 16 mai 2014, l'incapacité de gain ayant perduré une année (40%), et trois mois après l'aggravation constatée en mai 2014, soit dès le 1^{er} août 2014, le droit à une rente entière.
18. L'assuré, représenté par Me Ana Rita PEREZ, a contesté, le 6 novembre 2017, l'appréciation de la capacité de travail, le revenu avec invalidité et le taux d'abattement retenus par l'OAI.
19. Par décision du 10 janvier 2018, un quart de rente a été alloué à l'assuré du 1^{er} mai 2014 au 31 juillet 2014 et une rente entière du 1^{er} août au 31 décembre 2014.

L'OAI s'est fondé sur l'examen clinique rhumatologique du Dr D_____ du 12 octobre 2015, selon lequel l'incapacité de travail est entière de mai 2014 à octobre 2014. Dès octobre 2014, soit six mois après l'intervention chirurgicale, l'incapacité de travail est de 50%, même dans une activité adaptée.

L'OAI s'est également référé à la note du 27 octobre 2015 du SMR qui a retenu que dans une activité strictement adaptée, l'incapacité de travail était de 50%.

L'OAI relève que le revenu effectivement réalisé ne peut pas être pris en compte pour fixer le salaire d'invalidé, puisque l'assuré travaille à 40% depuis le 1^{er} octobre 2017 et qu'il ne met ainsi pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible de 50%. C'est la raison pour laquelle l'OAI s'est fondé sur l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS). L'OAI retient également, après reclassement, la catégorie transports correspondant à l'ESS, alors que pour les périodes antérieures au reclassement professionnel, l'application de la ligne relative au domaine du transport ne se justifie pas.

L'OAI ajoute, s'agissant du taux d'abattement, que le fait que l'assuré ne maîtrise pas la langue française ne constitue pas un motif de réduction, les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte, le reclassement a été effectué avec succès et permet à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%.

20. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours le 12 février 2018 contre ladite décision. Il conclut, préalablement,

- à ce que soient ordonnées des mesures d'instruction complémentaires sur la durée de la période de rééducation après l'intervention chirurgicale de mai 2014 et l'évolution de sa capacité de travail durant cette période,
- à ce que soit ordonnée une instruction complémentaire de son état de santé actuel, soit en particulier depuis la reprise de l'activité professionnelle adaptée,
- à ce que soit ordonnée une expertise orthopédique et rhumatologique indiquant clairement l'évolution et les fluctuations de son état de santé et leur influence sur sa capacité de travail dans l'activité adaptée,

et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité

- du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2014 sur la base d'une incapacité de travail de 50%,
- du 1^{er} mai au 1^{er} octobre 2014 et dès le 1^{er} janvier 2015, sur la base d'une incapacité totale de travail, étant précisé que l'incapacité de travail a peut-être fluctué durant cette période et jusqu'à ce jour.

Il s'est, ce faisant, fondé sur les taux admis par l'OAI, tout en attirant l'attention sur le fait que celui-ci n'avait pas procédé correctement à la détermination du degré d'invalidité.

Il reproche à l'OAI de n'avoir pas investigué sur une éventuelle aggravation de son état de santé due au fait qu'il a repris un travail, rappelant que dans le cadre de son opposition il avait pourtant informé l'OAI qu'une IRM avait été réalisée le 15 janvier 2018. Il demande dès lors à ce que l'OAI se prononce sur cette question, soulignant que « cela fait maintenant de nombreuses années que le recourant subit d'importantes rechutes de son état de santé. Malgré tous ses efforts, ces rechutes compromettent sévèrement sa réinsertion dans le marché du travail ».

Il conteste le revenu avec invalidité tel que retenu par l'OAI sur la base des ESS. Il relève qu'il a retrouvé une activité à 40% en tant que chauffeur professionnel dès le 1^{er} octobre 2017 pour un salaire mensuel brut de CHF 1'650.-.

Il considère enfin que le taux d'abattement devrait être de 20% - et non de 10% - pour tenir compte de son manque d'expérience dans ce domaine d'activité, nouveau pour lui, de sa mauvaise connaissance du français et de l'interdiction pour lui de porter des charges de plus de 8 kg.

21. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a admis le 9 mars 2018, que les nouveaux documents reçus confirmaient une aggravation de l'atteinte, déjà connue, du genou droit. Il considère toutefois que cela ne modifie pas ses conclusions d'octobre 2015, dès lors que les limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit y étaient déjà prises en compte. Il en conclut que la capacité de travail reste de 50% dans toute activité essentiellement sédentaire respectant strictement ces limitations fonctionnelles.

Dans sa réponse du 13 mars 2018, l'OAI s'est fondé sur cet avis et a conclu au rejet du recours.

22. Le 9 juillet 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il souligne la nécessité de compléter l'instruction s'agissant des suites de l'intervention du 13 mai 2014, soit une synovectomie large par abords antérieur et postérieur, pratiquée par la Dresse B_____. Il demande l'apport de l'intégralité de son dossier auprès des HUG et de Beau-Séjour, ainsi que les rapports de physiothérapie, afin d'évaluer la récupération post-opératoire. Il rappelle à cet égard que selon la Dresse B_____, sa situation n'était pas stabilisée le 15 septembre 2014.
23. Dans sa duplique du 31 juillet 2018, l'OAI a maintenu sa position, considérant que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires serait inutile.
24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente 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.
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter de janvier 2012.

4. a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

b. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents,

une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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. Selon les 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.

8. Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral I.666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et la référence citée).

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015).

9. 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.

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà

existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

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. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

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

13. a. En l'espèce, l'OAI a mené une instruction complémentaire à la suite de l'arrêt de la chambre de céans du 25 mars 2014. Il a dans ce cadre confié au Dr D_____ la mission d'expertiser l'assuré.

Celui-ci a rendu son rapport le 12 octobre 2015.

La chambre de céans observe que le Dr D_____ a analysé de manière circonstanciée les données anamnestiques, qu'il a décrit le contexte médical avec

précision et que ses conclusions sont motivées de manière convaincante. Ce médecin a en outre procédé à un examen approfondi de l'assuré, dont il a pris en considération les plaintes. Son rapport ne contient pas de contradictions et le dossier ne fait état d'aucun élément apte à mettre en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Partant, le rapport du Dr D_____ remplit toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il y a ainsi lieu de retenir que l'incapacité de travail est de 50% dans une activité adaptée du début 2012 jusqu'à mai 2014. À compter de cette date, l'incapacité de travail est complète jusqu'à octobre 2014. Dès octobre 2014, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale, l'incapacité de travail est de 50%. Il convient du reste de constater que l'assuré fait valoir les mêmes taux d'incapacité de travail, soit 50% du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2014 et 100% du 1^{er} mai 2014 au 1^{er} octobre 2014.

b. Il allègue en revanche que son incapacité de travail est encore de 100% dès le 1^{er} janvier 2015.

Il reproche à l'OAI de n'avoir pas investigué sur une éventuelle aggravation de son état de santé due au fait qu'il a repris un travail, rappelant que dans le cadre de son opposition, il avait pourtant informé l'OAI qu'une IRM avait été réalisée le 15 janvier 2018. Il demande dès lors à ce que l'OAI se prononce sur cette question, soulignant que « cela fait maintenant de nombreuses années que le recourant subit d'importantes rechutes de son état de santé. Malgré tous ses efforts, ces rechutes compromettent sévèrement sa réinsertion dans le marché du travail ».

Dans son avis du 9 mars 2018, le SMR a constaté que les IRM successives du genou droit montraient une progression nette de la synovite villonodulaire, entre 2015 et 2017, et que selon les Drs B_____ et E_____, du service d'orthopédie des HUG, la synovite avait effectivement récidivé et nécessiterait une nouvelle prise en charge spécialisée. Il admet ainsi une aggravation de l'atteinte du genou droit. Il considère toutefois que cela ne modifie pas les conclusions d'octobre 2015, dès lors que les limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit y étaient déjà prises en compte. Il en conclut que la capacité de travail reste de 50% dans toute activité essentiellement sédentaire respectant strictement ces limitations fonctionnelles.

Il y a lieu de rappeler que les limitations fonctionnelles posées par le Dr D_____ sont les suivantes :

« Favoriser un travail sédentaire sur la demi-journée. Nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus de 20 minutes. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de soulèvement ou de ports réguliers de charges d'un poids de plus de 8 kg ».

Certes la liste des limitations fonctionnelles déjà retenues par le Dr D_____ ne devrait-elle, en principe et par définition, pas pouvoir être allongée, s'agissant d'une aggravation touchant le genou droit. Il y a toutefois lieu de rappeler que le Dr D_____, dans son rapport du 12 octobre 2015, avait souligné que l'activité de chauffeur « n'était pas tout à fait indiquée, au vu du fait qu'il doit utiliser son genou D pour freiner, ce qui rend difficile un tel métier » et conclu qu'elle n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique. Il avait en outre relevé que « l'assuré arrive à rester assis sans se lever pendant une demi-journée mais après ce laps de temps, il a beaucoup de difficultés à se lever. Après une demi-journée de position assise, le genou D est par ailleurs tuméfié ».

Il paraît dans ces conditions vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que l'assuré subisse des rechutes en raison de son activité de chauffeur, activité dans laquelle l'OAI l'a reclassé.

Il se justifie en conséquence de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la capacité de travail de l'assuré à compter d'octobre 2014.

c. L'assuré demande par ailleurs que soit éclaircie la question de sa capacité de travail depuis mai 2014, date à laquelle il a subi une synovectomie large par abords antérieur et postérieur, pratiquée par la Dresse B_____, et fait valoir que selon ce médecin, sa situation n'était pas stabilisée le 15 septembre 2014.

Il demande l'apport de l'intégralité de son dossier auprès des HUG et de Beau-Séjour, ainsi que les rapports de physiothérapie, afin d'évaluer la récupération post-opératoire.

Il y a toutefois lieu de rappeler que le rapport d'expertise du Dr D_____, dont il a été reconnu la valeur probante, a été établi après, soit en octobre 2015, et qu'une incapacité de travail de 100% a été admise de mai à octobre 2014.

Il apparaît dès lors superflu de mener une instruction complémentaire à cet égard.

14. Reste à déterminer le degré de l'invalidité.

a. 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). Selon l'art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente d'invalidité prend naissance six mois après le dépôt de la demande.

b. 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).

c. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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).

d. 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).

e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de

savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

f. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

15. En l'espèce, le 4 octobre 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, selon lequel le droit à la rente ne lui était pas reconnu en raison d'un degré d'invalidité insuffisant, du 1^{er} décembre 2010 au 31 décembre 2011 (0%), du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2014 (36%), à partir du 1^{er} octobre 2014 (36%) et à l'issue de la mesure de reclassement professionnel (34%). En revanche, un degré d'invalidité de 100% étant retenu du 1^{er} mai au 30 septembre 2014, un droit à la rente naît le 16 mai 2014, soit dès que l'incapacité de gain ouvre le droit à un quart de rente (40%), et trois mois après, soit dès le 1^{er} août 2014, le droit à une rente entière.

L'OAI s'est fondé sur le salaire annuel brut 2010 communiqué par le dernier employeur pour fixer le revenu sans invalidité, soit CHF 45'000.-, réactualisé en 2012 à CHF 46'283.-.

Pour le revenu avec invalidité, il a tenu compte d'un montant de CHF 29'330.- selon les ESS 2012 et d'un montant de CHF 29'904.- selon les ESS 2014, avec une réduction de 10% admise en raison du taux d'occupation à 50%.

16. a. L'assuré conteste le revenu avec invalidité tel que retenu par l'OAI sur la base des ESS. Il rappelle qu'il a retrouvé une activité à 40% en tant que chauffeur dès le 1^{er} octobre 2017 pour un salaire mensuel brut de CHF 1'650.-. Il reproche à l'OAI de prendre en considération le revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, d'une part, et un revenu hypothétique avec atteinte à la santé fondé sur des données statistiques et ne correspondant pas à la situation réelle de l'assuré, d'autre part, au motif que cette manière de faire est totalement en contradiction avec le principe de la détermination concrète de la perte salariale subie.

b. Il est vrai que le revenu d'invalidité 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 toutefois 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).

Peu importe, pour l'évaluation du revenu d'invalidité, que la personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle. Elle ne peut donc par exemple pas prétendre à une rente si, obéissant à des considérations purement personnelles, elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail alors qu'en exerçant une telle activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471, 1980 p. 581).

La possibilité de gain est déterminée en premier lieu par la capacité de travail résiduelle, c'est-à-dire la capacité d'exercer une activité donnée dans des limites (horaire de travail et aptitudes fonctionnelles) déterminées.

Le revenu effectif est réputé revenu d'invalidité déterminant lorsque l'assuré exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, au sens où s'entend la notion d'activité lucrative raisonnablement exigible (Directives concernant l'invalidité et l'impotence, n^{os} 3045 ss).

En l'espèce, l'assuré travaille depuis le 1^{er} octobre 2017 à 40%, alors qu'il a été retenu que sa capacité de travail était de 50%. Force est de constater qu'il ne met ainsi pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible de 50%, de sorte que c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur les chiffres ESS.

c. L'assuré considère, pour le cas où l'on persisterait à tenir compte des salaires ESS, qu'il conviendrait de prendre les chiffres correspondant à la catégorie transport et entreposage (49-53, TA1, non qualifié).

La chambre de céans relève que l'OAI s'est à cet égard dûment basé sur les ESS pour l'année 2014, secteur privé pour homme, exerçant dans le domaine de travail (domaine du transport), activité de niveau 2, suite au reclassement de l'assuré en tant que chauffeur professionnel.

On ne saurait en revanche prendre ces chiffres pour la période précédant le reclassement.

d. Il résulte de ce qui précède que le revenu avec invalidité a été correctement établi.

17. a. L'assuré fait enfin valoir que le taux d'abattement devrait être de 20% - et non de 10% - pour tenir compte de son manque d'expérience dans ce domaine d'activité, nouveau pour lui, de sa mauvaise connaissance du français et de l'interdiction pour lui de porter des charges de plus de 8 kg.

b. 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

c. En l'occurrence, l'OAI a admis une réduction supplémentaire de 10% en raison du taux partiel d'occupation. Les limitations fonctionnelles, dont celle relative au port de charges, ont été prises en compte pour fixer le taux d'incapacité de travail, de sorte qu'elles ne constituent pas un critère permettant de justifier une réduction supplémentaire du revenu avec invalidité.

Il en est de même du manque de connaissance du français qu'il n'y a pas lieu de considérer comme une circonstance pertinente dans le cadre de l'activité professionnelle exercée (arrêt du Tribunal fédéral 9C 42/2017).

Aussi un taux d'abattement de 10% ne peut-il être que confirmé, étant rappelé quoi qu'il en soit que l'OAI dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour fixer ce taux.

18. Force est ainsi de constater que les calculs auxquels a procédé l'OAI pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré sont conformes aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du Tribunal fédéral.

C'est en conséquence à juste titre que l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à un quart de rente du 1^{er} mai 2014 au 31 juillet 2014 et à une rente entière dès le 1^{er} août 2014. Tel n'est en revanche pas le cas de la suppression de cette rente entière dès le 1^{er} janvier 2015, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé que l'OAI a constatée le 1^{er} octobre 2014, selon le ch. 13 let. b de la présente partie en droit.

Aussi le recours est-il admis partiellement, en ce sens que la décision du 10 janvier 2018 est confirmée en tant qu'elle porte sur le droit de l'assuré à un quart de rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2014 et à une rente entière du 1^{er} août au 31 décembre 2014. Elle est annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente au 31 décembre 2014 et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur le droit à une rente au-delà du 31 décembre 2014 et pour nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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