

GE_GERICHTE A/1690/2019 vom 4. März 2020

GE Cour de justice, 2020-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1690_2019

FR: GE_GERICHTE A/1690/2019 du 4 mars 2020

IT: GE_GERICHTE A/1690/2019 del 4 marzo 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.03.2020
A/1690/2019

A/1690/2019 ATAS/176/2020 du 04.03.2020 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 15.04.2020, rendu le 17.06.2020, REJETE, 9C_231/2020 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1690/2019 ATAS/176/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4 mars 2020 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Bernard NUZZO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1959, originaire du Portugal, marié et père de deux enfants majeurs. Il est venu en Suisse en 1984 et est sans formation professionnelle. 2. À teneur de son compte individuel et de son curriculum vitae, l'assuré a travaillé régulièrement depuis 1984 comme maçon, notamment, auprès de divers employeurs. 3. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé, dans un rapport du 21 février 2010, au sujet de l'assuré, le diagnostic de status « post-op » du tunnel carpien avec un pronostic excellent. L'assuré avait été en incapacité de travail à 100% dès le 18 septembre 2009 et il devrait reprendre le travail dans quelques semaines à 100%. Le travail était envisageable dans la profession d'origine. L'assuré était limité pour exercer son activité de travailleur de force en raison d'un handicap à la main. Les activités faisant l'objet d'une restriction étaient : soulever et porter des charges de plus de 2 kg. Le rythme de travail était réduit. 4. L'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 25 avril 2010, en indiquant travailler comme maçon depuis juillet 2003 et comme concierge à 10%. Il était totalement incapable de travailler pour cause de maladie dès le 18 septembre 2009, en raison d'arthrose et d'une atteinte au canal carpien. 5. Dans un rapport du 7 mai 2010, le docteur C_____, a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de l'assuré d'arthrose périscaphoïdienne gauche existant depuis une période indéterminée et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien bilatéral existant depuis fin 2003. L'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 25 novembre 2009. Il était limité pour soulever et porter des poids de plus de 5 kg. 6. Dans un rapport du 10 mai 2010, le Dr B_____ a mentionné les diagnostics de gonarthrose massive du genou droit, coxarthrose droite, status post-opération des deux tunnels carpiens. L'assuré était incapable de travailler à 100% dès le 25 novembre 2009. Le travail de force était impossible. On ne pouvait pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il fallait prévoir une reconversion. 7. Dans un avis du 22 juin 2010, le SMR a retenu que l'activité de maçon était fort compromise et que la situation n'était pas stabilisée. 8. Le Dr B_____ a

indiqué, le 3 septembre 2010 que l'état de l'assuré s'était aggravé assez rapidement, sans changement dans les diagnostics. 9. Le 20 septembre 2010, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de façon notable. Il n'y avait pas d'amélioration. L'état de santé était stationnaire avec des phases de dégradation en crise. Les limitations étaient une baisse de la force et de la fonction des deux membres supérieurs. La capacité de travail était de 0% depuis le 25 janvier 2010 dans le travail de maçon et de 100% dans un travail adapté. S'agissant d'une reprise du travail, un bilan d'évaluation professionnelle était indispensable. 10. Le 5 octobre 2010, le service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR) a relevé qu'une aggravation de l'état de santé rapide de l'assuré était annoncée par ses médecins et qu'il fallait demander un rapport à mi-décembre. 11. Le 1^{er} février 2011, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il avait une poussée d'arthrite au poignet gauche, un épanchement massif au genou droit et un nouvel arrêt de travail. Le pronostic était mauvais et il convenait de faire une expertise rhumatologique. 12. Le 25 février 2011, le SMR a retenu qu'il se justifiait d'effectuer une expertise rhumatologique pour faire la lumière sur l'état de santé de l'assuré et déterminer sa capacité de travail résiduelle. 13. Le Dr B_____ a indiqué, le 27 octobre 2011, que l'assuré était incapable de travailler à 100% en raison d'une tumeur musculaire de la jambe droite, qui devait être opérée prochainement. 14. Une expertise a été effectuée par le docteur D_____, rhumatologue FMH. À teneur de son rapport du 1^{er} novembre 2011, il a fondé celui-ci sur un examen de l'expertisé effectué le 10 mai 2011, les documents radiologiques, des tests de laboratoire et l'étude du dossier. L'expert relevait que l'assuré avait dû arrêter de travailler en 2009, car il souffrait d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il avait ensuite présenté des douleurs au genou droit et au poignet gauche. Les investigations mettaient en évidence une gonarthrose avec des épanchements à répétition et une arthrose du poignet avec ténosynovite chronique des tendons extenseurs des doigts. L'assuré avait repris le travail entre fin octobre 2010 et début 2011. Les déplacements étaient difficiles, il avait de la peine à monter et descendre des échafaudages, n'arrivait plus à manier la truelle avec sa main gauche et ne pouvait plus porter de poids de plus de 2 à 3 kg avec cette main. L'examen clinique confirmait la présence d'une gonarthrose droite et d'une arthrose du poignet droit. Les investigations faites pour le genou droit avaient montré la présence d'un kyste profond entre le vaste interne et intermédiaire. La biopsie était heureusement sans signe de malignité. Les examens sanguins permettaient d'exclure une atteinte inflammatoire, en particulier une polyarthrite rhumatoïde. La capacité de travail dans l'activité de maçon était définitivement nulle. La capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée qui respectait les limitations suivantes : - pas de port de charges avec le membre supérieur gauche de plus de 2 kg ; - pas de mouvements précis et répétés avec le poignet gauche ; - pas de position debout de plus de 45 minutes ; - possibilité de changer de position toutes les 45 minutes ; - pas de déplacement sur un terrain non plat ; - ne pas devoir monter ou descendre des échelles ou des échafaudages ; - pas de position accroupie. L'incapacité durable de travailler avait débuté en septembre 2009. L'assuré avait été incapable de travailler dans son activité à 100% du 18 septembre 2009 au 4 octobre 2010, à 0% du 5 octobre 2010 au 27 janvier 2011 et à 100% dès le 28 janvier 2011. L'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations. 15. Le 16 janvier 2012, le SMR a retenu un début de l'aptitude à la réadaptation au 10 mai 2011 (date de l'expertise du Dr E_____). L'expertise était claire et convaincante. Selon discussion du jour avec le Dr B_____, l'assuré présentait une tumeur bénigne du quadriceps, en communication avec l'articulation du genou droit. Une

intervention était à prévoir prochainement pour enlever la tumeur et la fistule. Selon le Dr B_____, cela n'empêchait pas l'assuré de travailler, tel que l'avait retenu l'expert. 16. Dans un rapport du 31 mai 2012, le docteur D_____, rhumatologie FMH, a indiqué que l'assuré était incapable de travailler à 100% dès janvier 2011. L'activité de maçon n'était plus exigible, mais on pouvait s'attendre à une capacité de travail dans un emploi adapté respectant les limitations. 17. Selon un rapport des Établissement publics pour l'intégration (ci-après les ÉPI) du 10 juillet 2012, il avait été constaté que l'assuré était en mesure d'occuper un poste de travail en position assise, notamment comme ouvrier à l'établi dans une activité industrielle simple et légère, même si celui-ci restait plaintif. La mise en situation par un stage en entreprise dans une activité adaptée à ses limitations n'avait pas donné les résultats escomptés, car après deux semaines, l'assuré s'était plaint de douleurs dans la jambe droite et au poignet gauche ainsi que de cervicalgies. Suite à la production d'un certificat médical pour une durée indéterminée, le stage avait été interrompu. 18. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 11 octobre 2012, l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis mars 2012. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles qu'il avait décrites dans son rapport du 31 mai 2012. La capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé comme maçon et de 50% dans une autre activité adaptée, comme un travail administratif ou de surveillance. Le pronostic était assez sombre pour tout emploi même adapté (échec d'un stage de réadaptation). 19. Le 31 janvier 2013, le Dr B_____ a indiqué au SMR que l'assuré était incapable de faire tout travail de force. Il était volontaire et dépité par la maladie et l'incertitude socio-professionnelle. La polyarthrose ne pouvait que s'empirer. 20. Le 1^{er} mai 2013, le SMR a retenu qu'il était évident, vu le courrier du Dr B_____ du 31 janvier 2013, que les diagnostics responsables de l'incapacité de travail étaient uniquement des atteintes rhumatologiques, qui empêchaient tout travail de force. Les activités physiques n'étaient définitivement plus possibles, mais on ne voyait aucune raison médicale objective à l'exercice d'une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Il fallait demander au Dr B_____ la confirmation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il retenait ou les raisons médicales objectives justifiant une diminution. 21. Le 5 juin 2013, le Dr B_____ a répété à l'OAI que l'assuré était incapable de faire un travail de force. Dire qu'il était capable de travailler dans un métier à 100% était un euphémisme, car l'assuré avait été formaté dès l'enfance à un travail manuel et pas intellectuel. 22. Le 10 juin 2013, le SMR a relevé que le Dr D_____ retenait une incapacité totale de travail comme maçon et une capacité de travail à 50%, voire entière, dans une activité adaptée dans son rapport médical du 31 mai 2012. Le Dr B_____, avait mis l'assuré en incapacité de travail totale dès le 14 juin 2012. Le mandat de réadaptation était donc stoppé. Dans son rapport du 25 septembre 2012, le Dr B_____ retenait un état de santé stationnaire. Il était évoqué un possible myxome du quadriceps droit. Le bilan avait finalement mis en évidence un kyste bénin. Le rapport médical du Dr D_____ du 1^{er} octobre 2012 mentionnait une arthrose du poignet gauche, une tendinopathie chronique des tendons extenseurs des doigts et des douleurs des épaules avec une tendinopathie de la coiffe à gauche. Il retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Une expertise rhumatologique était demandée au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. 23. Le 28 juin 2013, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI qu'il ne confirmait pas une pleine capacité de travail de l'assuré même dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues. L'assuré n'avait pas de formation dans un autre secteur que les travaux de force et il incombait à l'OAI d'organiser une expertise sur sa capacité résiduelle de gain en vue d'une réadaptation ou

d'une rente. En ce qui concernait les raisons médicales objectives qui motivaient la poursuite de son arrêt de travail, le Dr B_____ confirmait que l'assuré souffrait d'une polyarthrose massive du genou droit, des mains et de la hanche droite ainsi que de discopathie lombaire et d'une cervico-uncarthrose bilatérale. Il était également porteur de très nombreux facteurs de risque cardio-vasculaire avec un diabète de type II, une hypertension artérielle, du cholestérol et un prostatisme avec PSA augmentée. En résumé, il était atteint d'une affection dégénérative chronique qui ne pouvait que s'empirer et qui relevait depuis longtemps de l'assurance-invalidité. 24. Le 29 septembre 2013, le SMR a préconisé une expertise rhumatologique auprès du Dr F_____. 25. Selon l'expertise médicale établie le 6 mai 2014 par le Dr F_____, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus étaient une gonarthrite avec méniscopathie sous-jacente droite et des lombalgies chroniques. La capacité de travail dans l'ancienne activité de l'assuré était nulle depuis janvier 2011, date de l'arrêt de travail de longue durée. Elle était restée nulle depuis l'expertise précédente. Dans une activité adaptée, en faisant abstraction du problème social, sa capacité de travail était estimée à 100% avec une diminution de rendement de 20%, pour tenir compte du vécu douloureux devenu chronique et de la longue inactivité professionnelle. Il n'y avait pas de péjoration par rapport à l'expertise de 2011. Il y avait une incapacité de travail de 20% au moins depuis septembre 2011. Cette appréciation s'apparentait à celle du Drs D_____, mais se différençait de celle du Dr B_____. Celui-ci se référait essentiellement au vécu douloureux chronique qui s'était cristallisé. Les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires étaient modestes, mais ne s'étaient pas péjorés par rapport à 2011. Les troubles dégénératifs des poignets étaient mineurs et ne permettaient pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. L'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans les épanchements des genoux à répétition déjà décrits dans l'expertise de 2011. Il n'y avait pas de trouble dégénératif hormis au niveau fémoro-patellaire et les méniscopathies sous-jacentes déjà décrites en 2005 et 2008. Il n'y avait pas d'amyotrophie ni de trouble sensitivomoteur. L'assuré pouvait descendre deux étages d'escaliers marche après marche. Il pouvait rester assis sans adopter de position antalgique. On notait une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie décrite dans ses activités de la vie quotidienne et les examens cliniques et paracliniques effectués. S'agissant des activités de la vie quotidienne, l'assuré était capable de manière autonome d'aller aux toilettes, d'effectuer ses soins corporels, de s'habiller, de prendre un bus, de marcher pendant une demi-heure à une heure, de conduire pendant une heure au maximum avec une boîte manuelle, de lacer ses chaussures, de porter des charges de plus de 3 à 5 kg, de rester assis pendant un quart d'heure, de passer la poussière et l'aspirateur et de faire les repas. Il n'était pas capable de nettoyer les vitres et d'effectuer des commissions lourdes. Ces activités étaient effectuées par son épouse. 26. Dans un avis du 8 juillet 2014, le SMR a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale du 18 septembre 2009 au 4 octobre 2010, puis dès le 28 janvier 2011. Il ne savait pas pourquoi l'expert retenait septembre 2011. Pour ce qui était de l'activité de maçon, les conclusions du rapport du SMR du 16 janvier 2012 restaient valables. En ce qui concernait la capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci était entière dès janvier 2011. L'expert mentionnait un état douloureux qui s'était cristallisé depuis 2011. Il convenait, en présence d'un trouble douloureux chronique qui entraînait dans le cadre des lésions apparentées au trouble somatoforme douloureux, de demander une expertise psychiatrique afin de déterminer si un effort de volonté pour surmonter les douleurs pouvait être exigé de la part de l'assuré. 27. Dans un rapport d'expertise du 3 mars 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. 28. Dans un avis du 7 avril 2016, le SMR a conclu que ses conclusions précédentes du 8 juillet 2014 restaient valables après l'expertise du Dr G_____. 29. Une orientation professionnelle, selon l'art. 15 LAI, a été organisée auprès de l'organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ci-après l'ORIF), le 16 juin 2016. L'assuré s'est présenté avec son fils. Il se déplaçait avec deux cannes. Il a indiqué ne voir aucune activité qu'il pourrait faire en atelier. Son souhait était de travailler en extérieur. Une activité sédentaire dans un atelier lui apparaissait être un travail « en cage ». Il souhaitait faire un travail concret et pas une activité factice. Il était apparu très en colère par rapport à sa situation. Il disait ne pas arriver à accepter son état de santé actuel et il ne se sentait pas reconnu dans l'importance des douleurs ressenties. Il vivait sa situation comme une injustice et ne percevait pas le sens d'entrer dans la démarche, étant persuadé qu'aucun employeur n'engagerait une personne de son âge. 30. Le 30 juin 2016, l'ORIF a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'assuré dans son centre, sans une vision plus positive de sa part. 31. Le 5 juillet 2016, l'OAI et l'assuré ont signé un protocole de collaboration par lequel l'assuré s'engageait à suivre la mesure d'orientation professionnelle dans un esprit positif. 32. Selon une note de travail du 11 octobre 2016, l'assuré avait commencé le stage, mais se plaignait de douleurs chroniques qui l'empêchaient de travailler. 33. Selon un rapport du 23 novembre 2016, l'ORIF a conclu que toutes les activités proposées à l'assuré lors de la mesure avaient pu être réalisées, principalement en position assise. De réelles pistes professionnelles n'avaient cependant pas pu être déterminées. En théorie, l'assuré serait capable de travailler dans une activité se déroulant principalement en position assise, dans le conditionnement léger auprès d'un laboratoire de production pharmaceutique, le conditionnement de médicaments ou de polissage pour de petites pièces horlogères, mais il ne parvenait pas à se projeter dans un projet professionnel. Il n'avait pas pu faire de proposition quant à une piste professionnelle intéressante. Le travail dans les différents modules ne l'avait pas aidé. Pour lui, c'était aux professionnels de lui trouver l'activité qui pourrait lui convenir. Il était persuadé que son état physique ne lui permettait plus de travailler et qu'aucun employeur ne l'engagerait à son âge, ce qui ne le motivait pas pour une démarche de réinsertion. 34. Le 25 novembre 2016, le service de réadaptation a clôturé le mandat de réadaptation à la suite de la mesure d'orientation professionnelle effectuée du 29 août au 18 novembre 2016. 35. Par décision du 27 février 2017, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré. 36. Par avis médical du 20 avril 2017, le SMR a rappelé que son rapport final du 7 avril 2016 était fondé sur l'expertise du Dr F_____ de mai 2014 et l'expertise psychiatrique du Dr G_____ de mars 2016. Le SMR avait retenu une capacité de travail définitivement nulle dans l'activité habituelle de maçon chez l'assuré, âgé de 57 ans, et entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Il existait vraisemblablement une aggravation de l'état de santé de l'assuré au plus tard à partir de mai 2016, en lien avec une coxarthrose droite symptomatique, soit avant la décision litigieuse. L'assuré avait été opéré le 11 avril 2017 au niveau du membre inférieur droit. Une tuméfaction du tiers inférieur de la cuisse droite avait été mentionnée par le docteur H_____, orthopédiste aux HUG, nécessitant une investigation par imagerie médicale, ainsi qu'une lésion d'allure bénigne au niveau de la diaphyse proximale du fémur droit. Il fallait compléter l'instruction. 37. Dans un avis du 30 novembre 2018, le SMR a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé sur le plan somatique depuis l'expertise du Dr F_____ en 2014. Les plaintes ne pouvaient pas encore être attachées à une atteinte chronique inflammatoire (spondylarthrite périphérique). L'expert avait retenu une

incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%, considérant que par rapport à l'expertise du Dr D_____ de mai 2011, il n'y avait pas de péjoration notable. Le SMR considérait que depuis septembre 2009, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible tandis que, d'un point de vue médico-théorique, l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%, dès janvier 2011. L'état de santé de l'assuré s'était sensiblement aggravé depuis l'expertise de mars 2014 et le début de cette aggravation restait difficile à établir. Le SMR a estimé qu'à partir de mai 2016, la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans toute activité. 38. Par décision du 19 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré que, sous réserve des indemnités journalières versées pendant les mesures professionnelles du 1^{er} octobre 2010 (début du droit théorique à une rente vu la demande tardive) au 30 avril 2011, le droit à une rente entière d'invalidité lui était reconnu. Du 1^{er} mai 2011 au 31 juillet 2016, il avait droit à un quart de rente (art. 88a RAI). Dès le 1^{er} août 2016, il avait droit à une rente entière d'invalidité (art. 88a RAI). Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. De telles mesures n'entraîneraient que très difficilement une diminution du dommage, à savoir une diminution de la perte de gain. Depuis le 18 septembre 2009, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Il avait le statut d'actif. D'après les éléments médicaux et professionnels recueillis et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'OAI estimait, sur la base des avis du SMR, que son atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail à 100% dans toute activité depuis le 18 septembre 2009. Dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis janvier 2011. Dès le mois de mai 2016 au plus tard, sa capacité de travail avait été à nouveau nulle dans toute activité. Sa conviction de ne plus pouvoir travailler avait empêché l'OAI d'évaluer toute autre mesure dans le cadre de sa demande de prestations. L'assuré avait bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous la forme d'une orientation professionnelle du 9 avril au 8 juillet 2012, avec le versement d'indemnités journalières. La première partie de la mesure terminée, un stage en entreprise avait été mis en place. L'OAI avait mis un terme à la mesure, suite à la remise d'un certificat d'arrêt de travail. Une orientation professionnelle avait été mise en place du 29 août au 18 novembre 2016. La comparaison des gains pour la période de janvier 2011 à mai 2016 (revenu sans invalidité de CHF 81'848.- moins revenu avec invalidité de CHF 49'387.-) aboutissait à un taux d'invalidité de 39,66% arrondi à 40%, ce qui ouvrait à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité. La demande de prestations ayant été déposée le 28 avril 2010, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} octobre 2010, en application de l'art. 29 al. 1 LAI (demande tardive). Dans son opposition au projet de décision du 14 décembre 2018, l'assuré n'avait pas fait état de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces médicales probantes permettant à l'OAI de modifier son appréciation. 39. Le 3 mai 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2011 au 31 juillet 2016. Son taux d'invalidité avait été de 100% de janvier 2011 à mai 2016. Sur la base du rapport du Dr D_____ du 11 octobre 2012, il fallait retenir que sa capacité de travail était de 50% au maximum. En mai 2012, ce médecin estimait que l'assuré présentait une diminution de performance de 30 à 60% même dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'OAI

aurait dû retenir un abattement de 25% pour tenir compte de l'importance des limitations fonctionnelles, selon le rapport d'expertise du Dr E_____ du 2 octobre 2011. Par ailleurs, le Dr F_____ avait considéré qu'une diminution de rendement de 20% devait être retenue. Au vu du nombre et de l'importance des limitations fonctionnelles et de son âge, de son faible niveau de formation et de ses capacités linguistiques déficientes, une réduction supplémentaire de minimum 25% devait être appliquée. Par conséquent, en tenant compte du fait que sa capacité de travail était au maximum de 50% dans une activité adaptée, le revenu avec invalidité à retenir s'élevait au maximum à CHF 21'239.25. Il convenait de prendre en compte le revenu avec invalidité d'un montant de CHF 56'638.- et de le diviser par moitié en raison de la capacité de travail de maximum 50%, ce qui correspondait à CHF 28'319.-. En appliquant une réduction supplémentaire de 25%, le revenu avec invalidité à prendre en considération s'élevait à CHF 21'239.25. Le taux d'invalidité s'élevait ainsi à 74%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité. 40. Par réponse du 3 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'argumentation du recourant consistait essentiellement à souligner la divergence d'opinion entre les experts et ses médecins traitants quant à la capacité de travail. Une évaluation médicale complète ne pouvait être mise en cause pour le seul motif que des médecins avaient une opinion divergente. Le recourant n'avait pas mis en évidence des éléments objectivement vérifiables de nature clinique ou diagnostique qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des expertises. Au vu de l'aggravation de l'état de santé du recourant ressortant du rapport de la doctoresse PIGUET du 13 août 2016, en lien avec une coxarthrose droite symptomatique, la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité dès mai 2016. S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique, le manque de formation professionnelle ne constituait pas un critère de réduction. L'âge du recourant au moment hypothétique de la survenance de l'invalidité était encore éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parlait d'un âge avancé. Ses limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail (20%) et celles-ci ne présentaient pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte de manière particulièrement importante au titre de la déduction du salaire statistique. Le recourant n'indiquait pas les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles pouvaient jouer concrètement sur les perspectives salariales dans le cadre d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Dans le cas de l'évaluation du revenu d'invalidité, lesdites limitations ne pouvaient être retenues une seconde fois en tant que facteur de réduction du salaire statistique. Aucun élément du dossier ne justifiait de procéder à un abattement sur le salaire statistique. 41. Le 12 juillet 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. 42. Lors d'une audience du 22 janvier 2020, le recourant a déclaré : « Je dois être opéré de la jambe droite et peut-être de l'épaule gauche. Mon état ne s'est pas amélioré. Depuis 2010, mon état a été de pire en pire. J'ai des douleurs pendant la nuit et je dois me lever. J'ai toujours passé ma vie au travail. Je n'ai jamais pensé tomber dans ce genre de situation. Le médecin voulait que je m'arrête, mais je ne voulais pas et je suis arrivé à un point où je n'en pouvais plus. J'ai vraiment dû m'arrêter. Je parle du Dr B_____. À ce moment-là, j'avais mal aux jambes, aux bras, au dos. Je ne pouvais pas marcher. Mes problèmes du tunnel carpien pour lesquels j'ai dû être opéré sont intervenus à la même période. Avant mon arrêt de travail, je n'arrivais pas à marcher. Parfois, je traînais la jambe. J'avais des douleurs à la jambe qui était gonflée. J'ai été opéré à la jambe gauche (au genou) et je dois être opéré à la jambe droite. J'ai également été opéré à la hanche. On m'a demandé de faire un stage. Je faisais de mon mieux pour faire quelque chose, mais j'ai

dû m'arrêter. Je n'arrivais pas à maintenir une position. C'est toujours le cas. Je peux rester assis pendant une période variant selon les jours et le temps. Je n'ai pas ressenti d'amélioration de ma santé entre 2011 et 2016. J'ai essayé de faire quelque chose, mais je n'y arrivais pas, même balayer. Je n'arrive même pas à soutenir une assiette. J'ai dû me rendre plusieurs fois en urgence à l'hôpital parce que je n'arrivais pas à marcher. Cela arrive soudainement. Parfois, je traîne la jambe. Il y a des jours où je vais bien, il y a des jours où je vais mal et cela depuis 2010, et même avant. Mes collègues se moquaient de moi. Depuis mon arrêt de travail, je suis à la maison la plupart du temps couché. Je n'ai pas d'activité. Quelquefois, je fais la cuisine pour moi et ma femme. Parfois, je vais faire quelques courses quand j'ai de l'argent. J'y vais avec les béquilles et parfois en voiture. Je peux utiliser la voiture pour une courte période de temps. C'est une voiture manuelle. Je regarde la télévision. Je passe de la position assise à debout. Je me promène très peu. Parfois je ne sors même pas de la maison. Je m'entends bien avec ma femme. Je vois mes enfants quand ils viennent me voir. Cela arrive régulièrement. Ils ont 35 et 24 ans. Le plus jeune de mes fils va avoir une fille prochainement. Je lis très peu. Lorsque je sors, je vois quelques fois des amis dans la rue, parce que je ne vais pas au café. Je vais faire une petite promenade de temps en temps avec des personnes qui ont travaillé avec moi. J'ai des frères qui habitent au Portugal, en France et deux à Genève. Je ne connais pas l'adresse de mes frères qui habitent à Genève. Un de ceux-ci est parti habiter au Portugal. Je vais parfois en vacances au Portugal quand je peux et quand j'ai de l'argent. Depuis 2 ou 3 ans, je n'y suis pas allé car je n'ai pas d'argent. La vie est très chère. Je dois payer le loyer et l'assurance-maladie. C'est triste, car avant je vivais comme un roi et maintenant comme un pauvre. Sur le plan du moral, cela ne va pas bien. Je ne reçois que CHF 3'000.- et je paie CHF 3'500.- pour mes charges. Heureusement que ma femme est mon amie, sinon je mourrais de faim. Ma femme travaille à l'hôpital à 50%. J'aimerais bien avoir une meilleure santé. Je ne peux pas l'acheter. J'aimais mon travail. C'est ce que j'ai fait pendant toute ma vie. Cela a été très difficile de devoir arrêter. J'aimais aussi mon activité de concierge que j'ai dû également arrêter. Je touche maintenant la rente d'invalidité, mais pendant une longue période, j'ai vécu sur mes économies. Mes enfants m'ont également prêté de l'argent que je leur dois. Je n'ai pas touché d'aide financière de l'Hospice général ». 43. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7 e jour avant Pâques au 7 e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour la période du 1 er mai 2011 au 31 juillet 2016. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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 du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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 y compris d'ordre médical 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). 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 (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 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). 6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 7. 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). 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 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). 9. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG). 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). 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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 de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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'invalide 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). Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 - laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) - il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3). Il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un

assuré, car cela reviendrait à prendre en compte deux fois le même critère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015). 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). Il n'y a pas lieu de prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré ayant vécu en Suisse depuis de nombreuses années, ni de prendre en compte l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, si ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.5). S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1). Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend aussi à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). Cet examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité administrative a adoptée dans le respect de son pouvoir d'appréciation et des principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Le juge ne peut toutefois substituer sans motif pertinent sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme étant la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73; 126 V 75 consid. 6 p. 81). 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). f. 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'oeuvre (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). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors 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 qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2). 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). 10. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b). 11. 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). 12. a. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant avait droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2011 au 31 juillet 2016, en se fondant sur l'expertise du Dr F_____, qui retenait une capacité de travail médico-théorique de 100%, avec une baisse de rendement de 20%. Cette expertise remplit les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle confirme la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée retenue par le premier expert, le Dr E_____. Le fait qu'elle ne précise pas le début de l'aptitude à la réadaptation ne remet pas sérieusement en cause ses conclusions. Le SMR pouvait légitimement fixer celui-ci à la date de l'examen de l'assuré par le Dr E_____, dès lors que ce médecin avait alors constaté une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le fait que le Dr D_____ ait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% le 11 octobre 2012 ne suffit pas à remettre en cause l'appréciation du Dr F_____, dans la mesure où il s'agit d'une autre appréciation de la situation par le médecin traitant de l'assuré, qui ne se fondait sur aucun élément de fait qui aurait été ignoré par l'expert. De même, l'avis du Dr B_____, qui retenait le 27 octobre 2011 que l'assuré était incapable de travailler à 100% en

raison d'une tumeur musculaire de la jambe droite qui devait être opérée, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr F_____, car le Dr B_____ a indiqué par la suite au SMR, le 16 janvier 2012, que la tumeur bénigne du quadriceps que présentait l'assuré ne l'empêchait pas de travailler selon les capacités retenues par l'expert, soit à 100% dans une activité adaptée. Il ressort également du rapport d'expertise du Dr E_____ que la biopsie s'était révélée sans signe de malignité. Les conclusions de l'expert F_____ sont encore confirmées par le rapport des ÉPI du 10 juillet 2012, dont il ressort qu'il avait été constaté, lors de l'observation, que l'assuré était en mesure d'occuper un poste de travail en position assise, notamment comme ouvrier à l'établi dans une activité industrielle simple et légère, même s'il restait plaintif. Elles sont encore confirmées par le rapport établi le 23 novembre 2016 par l'ORIF, qui concluait que l'assuré était capable de travailler dans une activité se déroulant principalement en position assise, dans le conditionnement léger auprès d'un laboratoire de production pharmaceutique, le conditionnement de médicaments ou de polissage pour de petites pièces horlogères. Il est ainsi suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% avec une baisse de rendement de 20%, comme l'a retenu l'intimé dans la décision querellée. b. Le recourant a encore fait valoir que l'intimé aurait dû retenir un abattement de 25% sur le revenu avec invalidité, en raison du nombre et de l'importance des limitations fonctionnelles, de son âge et de son faible niveau de formation. Le Dr F_____ a retenu une capacité de travail de l'assuré de 100% avec une baisse de rendement de 20%, pour tenir compte de son vécu douloureux et de sa longue inactivité professionnelle. L'expert n'a ainsi pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles qui l'empêchent, en particulier, de travailler debout, de marcher longtemps et de porter des charges de plus de 3 à 5 kg. Il se justifie dès lors de tenir compte de ces limitations dans le cadre d'un abattement sur le revenu avec invalidité. Le recourant était âgé de 52 ans au moment de la naissance de son droit à une rente et il est sans formation, ce qui est susceptible d'influer sur ses perspectives salariales. L'importance de ces deux éléments doit toutefois être relativisée. En effet, 52 ans est encore proche de la limite à partir de laquelle on prend en compte l'âge de l'assuré et des emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail. Par ailleurs, l'assuré a été capable de trouver du travail depuis son arrivée en Suisse jusqu'à son accident, ce qui démontre qu'il dispose de ressources pour trouver un emploi. Après un examen de l'ensemble des circonstances, un abattement supplémentaire de 15% au maximum se justifiait en l'occurrence. En tenant compte d'un tel abattement, le taux d'invalidité s'élève à 48,7%, arrondis à 49%, pour la période de janvier 2011 à mai 2016, ce qui n'ouvre pas au recourant le droit à plus d'un quart de rente. 13. Infondé, le recours sera rejeté. 14. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. 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 Isabelle CASTILLO La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.