

GE_GERICHTE A/264/2010 vom 24. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_264_2010

FR: GE_GERICHTE A/264/2010 du 24 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/264/2010 del 24 maggio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.05.2012
A/264/2010

A/264/2010 ATAS/694/2012 du 24.05.2012 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/264/2010 ATAS/694/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 24 mai 2012 8ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur M_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, né en 1974, marié depuis 2008, sans enfant, est arrivé en Suisse en 1999. Le recourant a fréquenté l'école obligatoire au Portugal. Sans formation, il a travaillé comme ouvrier agricole tant dans son pays d'origine qu'en Suisse. En octobre 1999, alors qu'il travaillait comme ouvrier agricole à Zurich, l'assuré a été victime d'un accident de travail lui ayant occasionné une rupture du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) du genou gauche. L'assuré a subi une intervention le 10 août 2000 à l'Hôpital d'Aldiswil, soit une arthroscopie, avec ménissectomie partielle du genou gauche. Selon le rapport opératoire, à cette occasion, une ancienne rupture du LCA du genou gauche avait été constatée par le Dr A_____. Dans l'anamnèse, il a été relevé que le patient présentait depuis 1999 des problèmes aux deux genoux, sous forme d'épanchements récidivants avec lésion du ménisque interne gauche et une chondropathie patellaire. Le 28 avril 2004, alors qu'il travaillait sur un échafaudage comme aide-monteur en échafaudages pour l'entreprise X_____ SA à Satigny - Genève, le recourant a subi une distorsion du genou gauche. Il a consulté dans un premier temps les Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui ont prescrit de la physiothérapie. Le 28 mai 2004, l'assuré a démissionné de son emploi, avec effet au 20 juin 2004. L'assuré a été vu en urgence le 8 juin 2004 à la Clinique de Carouge où la Dresse B_____ a fait état d'un genou gauche douloureux d'origine peu claire. La radiographie n'a pas montré de fracture visible. Une incapacité de travail a été prescrite du 9 juin au 11 juin 2004 et un avis orthopédique demandé. Le 11 juin 2004, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a prescrit une incapacité de travail totale de travail dès le 8 juin 2004. Le 10 mai 2005, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE (ci-après : l'Office AI) visant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement et d'une rente. Concernant l'atteinte à sa santé, il a déclaré un syndrome femoro-patellaire des deux genoux et une lésion méniscale du genou gauche. Dans un rapport d'expertise du 21 mars 2007, établi à l'attention de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : HELSANA), assureur-accidents de l'ancien employeur de l'assuré, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une gonarthrose interne et femoro-patellaire sur axe mécanique en varus du membre inférieur

gauche, une entorse du genou gauche en 1999 avec déchirure du ménisque interne et mise en évidence d'une rupture partielle ancienne du LCA gauche, et une entorse bénigne du genou gauche d'évolution simple en 2003, avec statu quo sine six semaines plus tard. Il a indiqué que le cas était stabilisé, étant précisé qu'il était possible que dans les mois à venir l'état du genou gauche s'améliore dans le sens d'une diminution des douleurs associées à une récupération de la force de la cuisse gauche, que secondairement à moyen et surtout à long terme, la gonarthrose interne allait se péjorer en raison de l'axe en varus et de la méniscectomie interne, et une ostéotomie tibiale de valgisation serait nécessaire. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans une activité debout avec ou sans port de charges, mais qu'une activité assise, avec déplacement occasionnel sans port de charge était possible, et qu'il y avait lieu de recycler rapidement l'assuré dans ce type d'activité. Il a encore relevé que si les examens mettaient en évidence une gonarthrose femoro-patellaire et fémoro-tibiale interne, celle-ci était encore très modérée et n'expliquait pas à elle seule l'importance des douleurs décrites par l'assuré, en particulier l'absence d'une marche à l'extérieur sans l'utilisation d'une béquille. Les éléments extérieurs aux problèmes purement orthopédiques étaient à rechercher, comme cela avait déjà été signalé en particulier par les médecins spécialistes du traitement de la douleur. Dans un rapport du 8 octobre 2007, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que l'examen clinique montrait un patient avec de bons axes des membres inférieurs, un signe de Lachmann +++ avec pivot shift et un tiroir antérieur modéré. Les radiographies montraient que le montage de la plastie du LCA était en ordre. L'IRM montrait que le greffe ligamentaire n'avait pas la densité habituelle. Il s'agissait donc d'une récurrence d'instabilité antérieure, laquelle justifiait une reprise chirurgicale vu le jeune âge du patient. Une telle intervention lui permettrait à nouveau de marcher et de travailler normalement. Il n'était pas exclu que la reprise du sport soit possible, mais elle n'était pas garantie. En attendant cette opération, le patient ne pouvait effectuer de longues marches ni porter de charges lourdes. Il ne pouvait courir ni sauter. Il pouvait rester debout immobile pour une période de deux heures maximum et devait ensuite changer de position avant de reprendre la position debout. Il pouvait travailler assis avec un horaire normal. Les accroupissements étaient déconseillés. Le 6 février 2008, l'assuré a subi une arthroscopie, un bilan articulaire et une nouvelle plastie du LCA par greffon homologue (tendon rotulien) à gauche, en raison d'une instabilité chronique du genou gauche sur rupture d'un greffon tendineux après plastie du LCA gauche. Par décision du 22 mai 2008, entrée en force dans l'intervalle faute de recours, l'Office AI a octroyé une rente entière d'invalidité du 6 juin 2005 au 28 février 2007, puis l'a supprimée. En se basant sur le rapport d'expertise du Dr D_____, l'Office AI a retenu que l'état de santé était stabilisé car, même s'il y avait une gonarthrose fémoro-tibiale interne et femoro-patellaire débutante, il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration sensible de l'état de l'assuré, que la comparaison du revenu sans invalidité de 54'985 fr. avec le revenu avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, niveau 4, pour un homme, ligne «total», sans baisse de rendement) de 58'389 fr. ne faisait apparaître aucune perte de gain, que cette amélioration de la capacité de gain était intervenue à partir de novembre 2006, et qu'en l'absence d'un degré d'invalidité, l'assuré n'avait pas droit non plus à des mesures de réadaptation. Par courrier du 9 septembre 2008, le recourant a demandé à l'Office AI de reconsidérer sa décision du 22 mai 2007 pour le motif que cette dernière ne tenait pas compte de son courrier du 19 mai 2008 dans lequel il informait qu'il demeurait en incapacité totale de travailler en raison notamment d'une nouvelle opération

du genou gauche effectuée le 6 février 2008 et que l'assureur-accidents avait finalement accepté de reprendre son cas à sa charge en reconnaissant que la survenance courant 2007 d'une re-rupture du greffon constituait une séquelle tardive. Par décision du 23 octobre 2008, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération mais a prononcé l'entrée en matière sur une (nouvelle) demande de prestations pour la période postérieure au 6 février 2008. Dans un rapport d'expertise du 11 décembre 2008, établi à l'attention de HELSANA, le Dr F _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué notamment que la nouvelle plastie, huit mois après l'opération, semblait donner des résultats satisfaisants avec une bonne récupération de la mobilité et de l'amyotrophie. La stabilité du genou objectivée lors de son examen était excellente. Le seul problème actuel restait celui des douleurs que l'on pouvait en partie expliquer en se basant sur les dernières radiographies effectuées le 4 novembre 2008 qui montraient encore une ostéopénie diffuse de tout le massif condylien et du plateau tibial du genou gauche. Le médecin précité a retenu qu'au décours de cette seconde intervention, le patient avait de nouveau développé des signes d'algoneurodystrophie objectivés par une scintigraphie osseuse mais dont le diagnostic différentiel pouvait se poser avec un remaniement osseux autour des greffons. Il a estimé que l'on ne pouvait donc pas encore considérer le cas comme stabilisé dans la mesure où ce travailleur de force se trouvait à dix mois d'une plastie du LCA sur un genou déjà poly-opéré et d'une algoneurodystrophie au décours sur un genou qui avait déjà présenté cette affection il y a trois ans. On pouvait donc estimer que pour l'instant le patient n'avait pas retrouvé sa capacité de travail antérieure et qu'il serait très vraisemblablement nécessaire de lui fournir une activité adaptée. L'évolution devrait cependant se faire vers une régression progressive des douleurs dans un délai de six à huit mois. L'expert a ajouté que la capacité de travail dans l'activité d'aide-monteur en échafaudage était nulle et le demeurerait probablement de manière définitive, mais que l'assuré pourrait retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, tout en évitant les marches prolongées, surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genoux, les ports de charges lourdes et les travaux en hauteur ou sur un échafaudage, de suite (soit en novembre 2008) d'abord à 50% (matin) pendant les deux premiers mois, puis à 75% les deux mois suivants, et enfin à 100% dès le cinquième mois, sans diminution de rendement. Dans un rapport destiné à l'AI du 26 janvier 2009, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une plastie du LCA gauche depuis 2004, a estimé que la capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle depuis le 10 juillet 2007 et perdurait, mais ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, en s'interrogeant sur l'activité dont il pourrait s'agir. Dans l'annexe à ce rapport, il a indiqué que l'assuré ne devrait pas exercer une activité uniquement en position assise pendant plus de 5 à 6 heures par jour ni uniquement en position debout, qu'il devrait exercer une activité variant les positions et n'étant pas exercée principalement en marchant, qu'il ne devrait pas travailler accroupi, à genoux ou en rotation en position assise ou debout, qu'il ne devrait pas monter sur une échelle ou un échafaudage et qu'il ne devrait pas soulever des charges de plus de 10 à 15 kg. Par rapport médical du 3 février 2009, le Dr H _____, médecin traitant du recourant, relevait que son patient avait toujours des douleurs aux genoux, dominantes la nuit avec réveil, ainsi que des douleurs à la marche et au repos. Il manquait de force dans le genou gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-monteur en échafaudage, mais le médecin proposait de s'adresser à l'employeur pour un travail approprié. Dans un rapport médical destiné à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants du 11 mars

2009, le Dr I _____, médecin généraliste et également médecin-traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier présentait une complication algoneurodystrophie et avait subi une reprise le 6 février 2008, qu'il ne pouvait plus exercer sa dernière activité de monteur en échafaudages et qu'un travail adapté était exigible, sans mentionner de taux mais en précisant qu'il fallait tester. Par une lettre au Dr H _____ du 14 juillet 2009, le Centre de Contact Suisses-Immigrés (ci-après : CCSI) a indiqué avoir été consulté par le recourant et, afin que ce dernier puisse percevoir des prestations de l'assurance chômage, a demandé au médecin précité d'établir un certificat de reprise de travail à 100% pour un poste adapté ne mettant pas à contribution son genou. Le 17 juillet 2009, le Dr H _____ a établi un certificat médical attestant que le recourant disposait d'une capacité de travail totale à compter du 1^{er} juillet 2009 avec certaines limitations, référence étant faite à une expertise médicale sans plus de précision. Dès le mois de juillet 2009, l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage. Dans une note du 4 août 2009, l'Office AI a fixé le revenu sans invalidité de l'assuré à 57'114 fr., en prenant en compte un salaire horaire de 25 fr. 25 en 2005 (selon le questionnaire pour employeur du 24 mai 2005), multiplié par 2'112 heures annuelles selon les conventions collectives du bâtiment et indexé à 2008. Il a évalué le revenu avec invalidité (pour un taux d'activité de 100%) à 61'490 fr., sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau 4, pour un homme, ligne «total», avec adaptation à 41,7 heures hebdomadaires et indexation à 2008). L'Office AI n'a pas procédé à une baisse de rendement, en considérant qu'au vu du jeune âge de l'assuré et des seules limitations fonctionnelles liées à l'épargne de son genou gauche, une réduction supplémentaire du revenu raisonnablement exigible ne se justifiait pas. Le 4 août 2009, l'Office AI a adressé un projet de refus de mesures professionnelles et de nouveau droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2008 au 28 février 2009 et à un quart de rente du 1^{er} mars 2009 au 30 avril 2009. Il a indiqué que depuis le 6 février 2008, en raison d'une rechute de la même atteinte ayant ouvert le droit à la rente de juin 2005 à février 2007, l'assuré avait présenté une incapacité de travail complète dans toute activité jusqu'à fin novembre 2008, que le SMR avait estimé que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait travailler à 50% depuis le 1^{er} décembre 2008 (date suivant l'expertise du Dr F _____ du 26 novembre 2008), puis à 75% dès le 1^{er} février 2009 et finalement à 100% dès le 1^{er} avril 2009, qu'en application de l'art. 29bis RAI, l'assuré avait droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} février 2008, que compte tenu de l'amélioration de sa capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2008, il convenait d'évaluer le degré d'invalidité dès cette date, que la comparaison du revenu sans invalidité de 57'114 fr. avec le revenu avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau 4, pour un homme, ligne «total», sans baisse de rendement) de 30'745 fr. (pour une capacité de travail de 50%), de 46'117 fr. (pour une capacité de travail de 50%) et de 61'490 fr. (pour une capacité de travail de 100%), faisait apparaître un degré d'invalidité respectivement de 46%, 19% et 0%, et qu'en l'absence d'invalidité, le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas reconnu. Dans un rapport complémentaire du 24 septembre 2009, après avoir pris connaissance des renseignements médicaux postérieurs à son expertise du 26 novembre 2008, le Dr F _____ a estimé que la situation n'avait guère évolué depuis novembre 2008 et que l'on se trouvait toujours dans le cadre d'une algodystrophie au décours. S'agissant de la capacité de travail du recourant, le médecin a indiqué que les derniers renseignements médicaux fournis étaient contradictoires par rapport à ceux qu'ils avaient pu obtenir, de sorte qu'il conseillait de procéder à un nouveau bilan par un chirurgien

orthopédiste tiers, en précisant que la capacité de travail pouvait être évaluée à 100% moyennant des mesures de réadaptation. Il a estimé que l'état du recourant ne pouvait pas être considéré comme stabilisé en raison de la persistance des plaintes; la radiologie avait démontré que l'algodystrophie, bien qu'au décours, était toujours actif. Il a conclu que neuf mois après l'examen du 26 novembre 2008, un nouveau point de la situation devait être effectué de manière neutre. Par décision du 4 décembre 2009, reçue à une date inconnue, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 4 août 2009. Par acte du 22 janvier 2010, l'assuré a recouru contre la décision de l'Office AI du 4 décembre 2009, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2008 sans limitation dans le temps et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Contestant les dates d'amélioration de sa capacité de gain ainsi que les degrés d'invalidité pris en compte, le recourant a reproché à l'Office AI d'avoir pris en considération l'avis du Dr F_____ au sujet de sa capacité de travail, d'avoir déterminé le revenu sans invalidité sur la base de statistiques et non sur les salaires minimaux ressortant des conventions collectives de travail, et de n'avoir pas pris en compte un taux de diminution du rendement de 25%. Dans sa réponse du 15 février 2010, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Il a considéré que l'expertise du Dr F_____ revêtait une pleine force probante, en particulier s'agissant de la détermination de la capacité de travail du recourant, soit de 50% dans une activité adaptée dès novembre 2008, puis de 75% dès janvier 2009. Il a également considéré que les salaires pris en compte dans la détermination du degré d'invalidité étaient justifiés, tant au regard de la jurisprudence relative à la prise en compte de salaires statistiques que de l'obligation de l'assuré de diminuer son dommage. Par courrier du 12 mars 2010, le recourant a indiqué ne pas remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F_____ mais uniquement relever les contradictions de ce dernier concernant la date d'amélioration de sa capacité de gain dans une activité adaptée : en novembre 2008, l'expert a retenu que son état de santé n'était pas stabilisé, alors qu'il a estimé que l'assuré était apte à reprendre une activité lucrative à 50% dès le mois suivant, puis à 75% dès le mois de février 2009. Il a ajouté qu'il estimait que le revenu sans invalidité devait être supérieur à celui pris en compte (car vu son jeune âge lors de ses atteintes à sa santé, il aurait pu trouver des emplois mieux rémunérés), alors que le revenu avec invalidité devait être inférieur à celui pris en compte. Le 29 mars 2010, l'assuré a subi une plastie du ligament externe de son genou gauche auprès de l'Uniklinik Balgrist à Zurich. Entendu par le Tribunal de céans le 17 août 2010, le recourant a déclaré que, depuis l'expertise du Dr F_____ du 11 décembre 2008, il n'avait pas travaillé. Il s'était inscrit au chômage en date du 1^{er} juillet 2009, pour une activité à 100%, afin d'obtenir une aide à retrouver un emploi et une proposition de réadaptation, comme l'Office AI et l'assurance-accidents le lui avaient suggéré. Il avait perçu des prestations de l'assurance chômage jusqu'au 29 mars 2010, date à laquelle il avait subi une plastie du ligament externe du genou gauche et à partir de laquelle il percevait des prestations de l'assureur-accidents. Il a précisé que la plastie du ligament externe du genou gauche subie en mars 2010 était la suite de l'accident de 1999. Par rapport au revenu sans invalidité pris en considération par l'Office AI, le recourant a indiqué que le montant pris en compte était supérieur au revenu qu'il réalisait effectivement. Par rapport à ses projets professionnels avant l'accident de 2004, le recourant a déclaré qu'il comptait monter les échelons au sein de l'entreprise qui l'employait. Il avait comme projet de devenir chauffeur chez Y_____. Il avait d'ailleurs fait deux tournées avec un des chauffeurs, mais ne se souvenait plus s'il avait postulé pour une place de chauffeur. En revanche, il se souvenait avoir discuté avec le responsable de l'entrepôt, étant précisé qu'il était titulaire du permis

professionnel de chauffeur. Son état de santé ne lui permettait plus d'exercer l'activité de chauffeur poids lourds. Depuis 2004, le recourant n'avait plus de véhicule car il ne pouvait plus conduire, ne pouvant rester trop longtemps dans la même position. Par rapport aux emplois pour lesquels il avait postulé, le recourant a indiqué qu'il avait envisagé d'entreprendre la formation pour devenir cordonnier, sachant que cette formation durait 3 à 4 mois et que l'on pouvait se spécialiser dans les chaussures orthopédiques. Dans le cadre de ses recherches d'emplois, il avait postulé uniquement pour les postes de cordonnier et de kiosquier. Il s'était limité à des métiers adaptés à son état de santé. Il a estimé que l'expertise du Dr F _____ n'était pas une expertise malgré ses 26 pages. Il avait été étonné que le médecin précité n'ait pas été en mesure de lui dire quelle était la solution à ses problèmes de santé. Il ne mettait pas en doute ses compétences mais estimait que, dans son cas, il n'avait pas été compétent. Il avait été surpris que le Dr F _____ lui demande s'il était conseillé par un avocat ou une assurance protection juridique et, suite à sa réponse négative, avait indiqué qu'il en ferait un minimum. Il a constaté que l'expert avait retenu une taille de 162,5 cm et un poids de 66,5 kg, alors qu'en réalité, il mesurait 165 cm et pesait entre 65 et 66 kg. Il se demandait si ce faisant, l'expert n'avait pas voulu démontrer qu'il était gros. L'expert s'était également trompé en indiquant qu'il habitait au 3^{ème} étage sans ascenseur, alors qu'en réalité, il y avait un ascenseur dans son immeuble. Le recourant s'est encore étonné que l'expert ait retenu une capacité résiduelle de travail alors qu'il ignorait la solution à son problème de santé. L'avis de l'expert selon lequel son état de santé allait s'améliorer était contradictoire avec son indication selon laquelle il devrait subir ultérieurement une ostéotomie de valgisation du tibia gauche (expertise p. 25, ch. 12). Par rapport à l'avis de l'expert selon lequel il y avait lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration de son état de santé, l'assuré a relevé que l'expert n'avait pas précisé de quel traitement médical il devrait s'agir. Alors que l'expert avait indiqué qu'il pourrait y avoir ultérieurement un problème d'arthrose, il n'avait également pas indiqué quel traitement médical serait recommandé pour éviter cela. Par rapport au certificat médical de son médecin-traitant attestant d'une reprise d'activité à 100% à compter du 1^{er} juillet 2009, le recourant a indiqué que ce certificat était daté du mois d'août et avait donc un effet rétroactif. Normalement, les assureurs sociaux dénigraient toute valeur à de tels certificats rétroactifs. Il avait demandé un tel certificat afin de pouvoir s'inscrire auprès de l'assurance-chômage, référence étant faite à la lettre du CCSI au Dr H _____ du 14 juillet 2009. Dans un rapport d'expertise à l'attention de l'assureur-accidents HELSANA du 17 août 2010, le Dr I _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a exposé l'anamnèse du recourant (anamnèse familiale, antécédents personnels généraux, anamnèses professionnelle et actuelle générale, anamnèse par système), les plaintes du recourant et son status, avant de diagnostiquer (1) une gonarthrose à gauche prédominante du compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire; morphotype en léger varus, (2) un status après entorse du genou gauche en 1999 avec déchirure du ménisque interne et mise en évidence d'une lésion partielle et ancienne du LCA, (3) un status après ménisectomie interne partielle par arthroscopie genou gauche (10 août 2000), (4) un status après plastie du LCA genou gauche avec tendon rotulien (8 novembre 2005), (5) un status après plastie itérative du LCA avec allogreffe de tendon rotulien (6 février 2008) et (6) un status après plastie extra-articulaire selon Lemaire du genou gauche (29 mars 2010). Interrogé au sujet du cours de la guérison, l'expert a indiqué que l'évolution postopératoire après la plastie extra-articulaire effectuée fin mars 2010 était favorable. L'assuré décrivait une diminution des douleurs et une meilleure stabilité de son

genou. Il gardait des gonalgies qui étaient, à son avis, en relation avec une gonarthrose établie. S'agissant des traitements en cours, l'expert a précisé qu'en ce qui concernait l'indication à la plastie extra-articulaire effectuée à la clinique Balgrist, il ne pouvait pas se prononcer, dans la mesure où il n'avait pas examiné le genou de l'assuré avant l'intervention. Il lui semblait néanmoins étonnant que le Dr F_____, dans son expertise, et le Dr J_____ (les deux chirurgiens orthopédistes FMH) n'avaient pas décelé d'instabilité rotatoire. Néanmoins, les résultats de l'intervention de mars 2010 semblaient être favorables. Actuellement, l'assuré bénéficiait de séances de physiothérapie, qui étaient encore nécessaires pour améliorer la musculature du membre inférieur gauche durant les 2 à 3 prochains mois. Par la suite, l'assuré nécessiterait des traitements habituels d'une gonarthrose. L'expert n'avait pas de mesure thérapeutique particulière à proposer. L'expert a ajouté que, suites aux séquelles de l'accident de 1999, l'assuré avait perdu sa capacité de travail dans son métier habituel de monteur d'échafaudages à partir de juin 2004. Trois mois après la plastie du LCA à gauche de novembre 2005, le recourant était capable d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par sa lésion du genou gauche. Il était capable de travailler dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Il devait éviter les positions à genoux ou accroupies et la station début prolongée. Les courts déplacements à plat étaient possibles. Il devait éviter de marcher en terrain irrégulier. Après les interventions de février 2008 et mars 2010, un arrêt de travail de trois mois dans une activité adaptée était justifiable. S'agissant du pronostic quant à une reprise partielle ou totale du travail, l'expert a estimé que le recourant était actuellement capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et qu'il ne devrait pas avoir d'incapacité de travail définitive dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles. Par lettre du 8 septembre 2010, l'Office AI a remis au Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le rapport d'expertise du Dr I_____ et la décision de l'assureur-accidents HELSANA du 31 août 2010 de cesser le versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} décembre 2010, en persistant à conclure au rejet du recours. Par courrier du 29 septembre 2010, le recourant a précisé que son recours concernait une décision de l'Office AI antérieure à son opération du 29 mars 2010 et qu'à la suite de cette dernière, il avait déposé une demande de révision pour aggravation de son état de santé, qui avait reçu une décision de non entrée en matière pour le motif que sa nouvelle demande portait sur le même objet que la décision querellée. Il a également précisé qu'une procédure contre son assureur-accidents, qui avait cessé le versement d'indemnités journalières à compter du 1^{er} juillet 2009, était pendante (A/217/2010). Il a persisté dans les conclusions de son recours et a demandé à être mis au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle vu sa longue absence du marché du travail et ses limitations fonctionnelles. Le 8 juillet 2011, l'apport du dossier du recourant auprès de HELSANA a été réalisé. Par pli du 6 septembre 2011, le recourant a informé la Chambre de ceans qu'il venait de subir une nouvelle opération de son genou gauche à la clinique de Balgrist à Zurich, en y joignant le rapport de sortie. Par courrier du 14 septembre 2011, l'Office AI a indiqué que le dossier de l'assureur-accidents corroborait son appréciation, de sorte qu'il persistait intégralement dans ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaqué. De son côté, par courrier du 4 octobre 2011, le recourant a contesté l'appréciation de l'Office AI, en indiquant que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait annulé les décisions du 13 mai 2009 et 25 mai 2010 de l'assureur-accidents et ordonné d'instruire de manière plus approfondie le dossier concernant les aspects médicaux

demeurés contradictoires. Par ailleurs, il a indiqué avoir subi deux nouvelles opérations les 29 mars 2010 et 2 septembre 2011. Il a maintenu les conclusions de son recours. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 et 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige porte sur la question du maintien d'une rente entière d'invalidité dont le recourant a droit dès le 1^{er} février 2008, singulièrement sur celle de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré entre le mois de décembre 2008 et le mois d'avril 2009 au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). b) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 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. b) 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). 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 (art. 7 LPGA). 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. 28 al. 2 LAI).

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert*

SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). c) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). a) En l'espèce, en premier lieu, le recourant critique les taux et dates d'incapacité de travail dans une activité lucrative de 50%, respectivement 25 et 0% à compter de décembre 2008, respectivement février 2009 et avril 2009 retenus par l'Office AI. b) Il est vrai que tous les médecins se sont accordés pour retenir que la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité de monteur en échafaudages était nulle. En revanche les médecins ont tous retenu que tel n'était pas le cas dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. En effet, dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2008, le Dr F _____ a retenu que, si la capacité de travail dans l'activité d'aide-monteur en échafaudages était nulle et le demeurerait probablement de manière définitive, l'assuré pourrait retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, tout en évitant les marches prolongées, surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genoux, les ports de charges lourdes et les travaux en hauteur ou sur un échafaudage, de suite (soit en novembre 2008) d'abord à 50% (matin) pendant les deux premiers mois, puis à 75% les deux mois suivants, et enfin à 100% dès le cinquième mois, sans diminution de rendement. Toutefois, dans son complément d'expertise du 24 septembre 2009, l'expert a indiqué que, s'agissant de la capacité de travail du recourant, les derniers renseignements médicaux fournis étaient contradictoires par rapport à ceux qu'ils avaient pu obtenir, de sorte qu'il conseillait de procéder à un nouveau bilan par un chirurgien orthopédiste tiers, en précisant néanmoins que la capacité de travail pouvait être évaluée à 100% moyennant des mesures de réadaptation. Le Dr G _____ ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais a précisé que l'assuré ne devrait pas exercer une activité uniquement en position assise pendant plus de 5 à 6 heures par jour ni uniquement en position debout, qu'il devrait exercer une activité variant les positions et n'étant pas exercée principalement en marchant, qu'il ne devrait pas travailler accroupi, à genoux ou en rotation en position assise ou debout, qu'il ne devrait pas monter

sur une échelle ou un échafaudage et qu'il ne devrait pas soulever des charges de plus de 10 à 15 kg (rapport du 26 janvier 2009 et son annexe). Le Dr H_____ a proposé de s'adresser à l'employeur pour un travail approprié, laissant ainsi entendre que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas nulle (rapport du 3 février 2009); il a attesté que le recourant disposait d'une capacité de travail totale à compter du 1^{er} juillet 2009 avec certaines limitations (attestation du 17 juillet 2009). Le Dr I_____ a indiqué qu'un travail adapté était exigible, sans mentionner de taux (rapport du 11 mars 2009). Dans un rapport d'expertise du 17 août 2010, le Dr I_____ a retenu que, suites aux séquelles de l'accident de 1999, l'assuré avait perdu sa capacité de travail dans son métier habituel de monteur d'échafaudages à partir de juin 2004. Trois mois après la plastie du LCA à gauche de novembre 2005 [i.e. février 2006], le recourant était capable d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par sa lésion du genou gauche. Il était capable de travailler dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Il devait éviter les positions à genoux ou accroupies et la station début prolongée. Les courts déplacements à plat étaient possibles. Il devait éviter de marcher en terrain irrégulier. Après les interventions de février 2008 et mars 2010, un arrêt de travail de trois mois dans une activité adaptée était justifiable. Dans la mesure où le médecin précité a procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, s'est fondé sur des examens complets, a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, a décrit le contexte médical et a apprécié la situation médicale de manière claire, et, finalement, a pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées, son rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Sur la base de ce dernier rapport, qui n'entre au demeurant pas en contradiction avec les avis des autres médecins, la Chambre de céans considère que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de février 2006 déjà, sous réserve d'arrêts de travail de 3 mois après les interventions de février 2008 et mars 2010, et qu'ainsi, l'avis du Dr F_____ – sur lequel s'est basé l'Office AI pour rendre sa décision attaquée – selon lequel la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 50% dès fin novembre 2008, de 75% dès février 2009 et de 100% dès avril 2009 était favorable au recourant. C'est donc à tort que ce dernier critique les taux et dates d'incapacité de travail dans une activité lucrative de 50%, respectivement 25 et 0% à compter de décembre 2008, respectivement février 2009 et avril 2009 retenus par l'Office AI. a) Le recourant critique également les statistiques prises en compte pour déterminer le salaire avec invalidité (61'490 fr.), en préférant se référer à la grille des salaires minimum de la convention collective de travail de la mécatronique conclue entre l'union industrielle genevoise et le syndicat UNIA qui prévoit un revenu de 47'970 fr. pour un travailleur non spécialisé sans expérience en 2009. b) Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible), le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane). Il n'est pas ailleurs pas admissible de se fonder sur les données salariales issues des «salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses» de

l'USS ou encore sur des statistiques cantonales ou régionales (ATF n. p. I 424/05 du 22 août 2006, consid. 3.2.3 ; ATF n. p. I 157/04 du 22 décembre 2004, consid. 3.3.2 ; ATF 194/06 du 28 septembre 2006, consid. 2.2; M. VALTERIO, Droit de l'assurance vieillesse survivants (AVS) et l'assurance invalidité (AI), Genève Zurich Bâle 2011, n° 2126). c) Au regard de la jurisprudence susmentionnée, c'est en vain que le recourant critique l'utilisation par l'Office AI des statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, d'autant que ces données statistiques sont plus représentatives que les salaires minimums convenus dans une convention collective de travail dans un secteur particulier d'activité et que le recourant ne fait valoir aucun motif pertinent qui justifierait un changement de la jurisprudence précitée (cf. notamment ATF 9C_704/2008 n. p. du 6 février 2009). a) Le recourant reproche également à l'intimé de n'avoir pas procédé à une réduction de 25% du revenu statistique considéré lors de l'estimation du gain réalisable avec invalidité. 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 ou 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 75 consid. 5). La réduction des salaires ressortant 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; ATF n. p. du 20 janvier 2010, 9C_377/2009, consid. 4.2). c) En l'espèce, après avoir fixé le revenu sans invalidité de l'assuré à 57'114 fr., en prenant en compte un salaire horaire de 25 fr. 25 en 2005 (selon le questionnaire pour employeur), multiplié par 2'112 heures annuelles selon les conventions collectives du bâtiment et indexé à 2008, l'Office AI a estimé le revenu avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau 4, pour un homme, ligne «total», avec adaptation à 41,7 heures par semaine et indexation à 2008, sans diminution de rendement) de 30'745 fr. (pour une capacité de travail de 50%), de 46'117 fr. (pour une capacité de travail de 50%) et de 61'490 fr. (pour une capacité de travail de 100%). L'Office AI n'a pas procédé à une baisse de rendement de 10%, en considérant qu'au vu du jeune âge de l'assuré et des seules limitations fonctionnelles liées à l'épargne de son genou gauche, une réduction supplémentaire du revenu raisonnablement exigible ne se justifiait pas. Lors de l'estimation du revenu d'invalidité, l'Office AI n'a tout d'abord pas tenu compte d'une baisse de rendement, ce qui n'est pas critiquable au vu de l'avis du Dr I _____ selon lequel le recourant pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans diminution de rendement. En revanche, la Chambre de céans est d'avis que l'intimé aurait dû tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et, ainsi, procéder à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité exigible (pour un cas similaire : ATF n. p. 8C_604/2007 du 7 avril 2008, consid. 5). En l'absence d'autre élément susceptible d'avoir

un effet sur le montant du salaire que le recourant pouvait prétendre sur le marché du travail, il ne se justifiait toutefois pas de prendre en compte un taux de 25%. Ainsi, l'Office aurait dû comparer le revenu sans invalidité de 57'114 fr. avec un revenu avec invalidité de 27'671 fr. (pour une capacité de travail de 50%), de 41'505 fr. (pour une capacité de travail de 50%) et de 55'341 fr. (pour une capacité de travail de 100%). Il serait parvenu à des taux d'invalidité de respectivement 52%, donnant droit à une demi-rente (en lieu et place d'un quart de rente), 27% et 3%, justifiant la suppression de la rente dès le 1^{er} avril 2009. La décision de l'intimée devra être modifiée dans ce sens.

a) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA n. p. I 388/06 du 25 avril 2007). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF n. p. 9C_100/2008 du 4 février 2009 et consid. 3.2 les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p.110 et les arrêts cités), la question reste ouverte d'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF n. p. 9C_464/2009 du 31 mai 2010). Selon l'article 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire

sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (ATF n. p. 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss, p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191; voir également Meyer, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174). b) En l'espèce, l'intimé a nié le droit aux mesures d'ordres professionnel en l'absence d'invalidité. Vu l'annulation de la décision dans le sens des considérants qui précèdent et l'existence d'une invalidité de 3%, il appartiendra à l'Office AI d'examiner toutes les conditions du droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel autres que le reclassement, auquel il n'a pas droit vu son invalidité inférieure à 20%. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé est condamné au paiement d'un émolument de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet très partiellement. Annule la décision du 4 décembre 2009 en tant qu'elle a octroyé un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars au 30 avril 2009 et la confirme pour le surplus. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars au 30 avril 2009. Renvoie le dossier à l'Office AI pour calcul des prestations dues au recourant du 1^{er} mars au 30 avril 2009 et examen des conditions du droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel autres que le reclassement. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Marie-Catherine SECHAUD Le président suppléant Patrick UDRY 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.