

GE_GERICHTE A/4693/2017 vom 30. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4693_2017

FR: GE_GERICHTE A/4693/2017 du 30 août 2018

IT: GE_GERICHTE A/4693/2017 del 30 agosto 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET 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), né en 1972, marié et père de deux enfants mineurs, a travaillé comme aide agriculteur, puis en tant que maçon pour l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) à partir du 1^{er} novembre 1999. Le 16 novembre 2007, il a été victime d'un accident. Suite au renversement de la machine qu'il conduisait, il s'est retrouvé coincé sous la nacelle et a subi une fracture comminutive du tiers proximal de la jambe droite et une fracture Schatzker VI du plateau tibial droit, compliquée d'un syndrome de loges, ainsi qu'une fracture multi-fragmentaire de la clavicule gauche. Il a été admis aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), où il a séjourné jusqu'au 12 décembre 2007. Selon le compte-rendu opératoire et le résumé d'observation du 20 novembre 2007 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chef de clinique aux HUG, l'assuré a été opéré à quatre reprises au niveau de la jambe durant son hospitalisation : la première intervention, réalisée le jour du sinistre, a consisté en la mise en place d'un fixateur externe de la jambe droite et des fasciotomies des loges; le 23 novembre 2007, la fermeture de la fasciotomie du versant externe de la jambe droite, la mise en place d'élastique et le lavage de la fasciotomie interne droite ont été réalisées ; le 1^{er} décembre 2007, il a été procédé à la mise en place d'un fixateur hybride à droite et à la fermeture de la fasciotomie interne ; le 4 décembre 2007, le réalignement de l'axe (varisation et extension) de la jambe droite a été opéré. En date du 3 mars 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Le 13 mars 2008, il a subi l'ablation du fixateur externe hybride du tibia droit. En date des 4 avril 2008 et 29 janvier 2009, l'employeur a indiqué à l'OAI que le salaire annuel de l'assuré s'élevait à CHF 71'188.- (CHF 5'476.- x 13) depuis le 1^{er} janvier 2008 et qu'il se serait monté à CHF 5'585.50 par mois (+ 2%) en 2009. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 3 mars au 7 avril 2009. Dans leur rapport du 23 avril 2009, les docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, médecin-assistant, ont retenu à titre de diagnostics un status après fracture comminutive du tibia proximal droit, du plateau tibial droit, de la tête fibulaire droite et du tiers moyen de la clavicule gauche, un status après fixateur externe et un fixateur hybride du tibia droit les 16 novembre et 1^{er} décembre 2007, un status après la mise en place de deux vis au plateau tibial droit le 1^{er} décembre 2007, un status après réalignement de l'axe de la jambe droite avec une varisation et extension le 4 décembre 2007, et un syndrome de loges avec des fasciotomies. Ils ont signalé des comorbidités, soit un xanthème (syndrome inflammatoire

biologique d'origine indéterminée) et une obésité. La mobilité de l'épaule gauche était presque complète et la fracture médioclaviculaire était bien consolidée. La marche était effectuée avec une boiterie de décharge. Une amyotrophie du quadriceps droit était notée, avec une légère limitation de la mobilité du genou et de la cheville droite. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions debout prolongées et à genoux, la marche en terrain instable et les ports répétitifs de charges lourdes. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et une réadaptation s'imposait. Dans une activité adaptée, on pouvait espérer une pleine capacité de travail.![endif]>![if> 8. Par rapport du 28 mai 2009, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, assureur-accidents ayant pris en charge les suites du sinistre, a considéré que la fonction de l'épaule gauche était complète, en dépit de la petite gêne supra-claviculaire qui avait tendance à gonfler dans le creux sus-claviculaire. Au niveau du membre inférieur droit, l'évolution avait été favorable et la consolidation était acquise avec l'abandon des cannes. Il persistait une amyotrophie du quadriceps droit, un discret épanchement du genou droit, une tendance au varus de cette articulation et un pincement au niveau du compartiment interne. Les marches sur de longues distances, les déplacements en terrain instable, les ports de charges moyennes à lourdes, les travaux accroupis ou à genoux n'étaient plus possibles. En revanche, dans un travail respectant ces contre-indications, on pouvait s'attendre à une capacité de travail totale. ![endif]>![if> 9. L'OAI a pris en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle du 16 novembre 2009 au 28 février 2010 auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI).![endif]>![if> 10. Dans un courrier du 8 décembre 2009, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'OAI que les mouvements simples de bricolage ou de marche avec des piétinements augmentaient les douleurs séquellaires à l'accident. Afin de permettre à l'assuré de poursuivre les démarches de reconversion professionnelle, une capacité de 50% avait été établie dès le 27 novembre 2009.![endif]>![if> 11. Par rapport du 1 er mars 2010, les évaluateurs des EPI ont considéré que l'assuré pouvait être réadapté dans le circuit économique ordinaire. Cependant, son état de santé n'était pas stabilisé en raison d'une prochaine intervention au niveau du genou droit et d'un gonflement à l'épaule gauche, ce qui rendait la réadaptation difficile. ![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 31 mars 2010, le Dr G_____ a rappelé les diagnostics déjà retenus et a ajouté celui d'arthralgies migrantes d'origine indéterminée, sans effet sur la capacité de travail. L'assuré présentait des douleurs du membre inférieur droit et de l'épaule gauche. Dès le 1 er mars 2010, la capacité de travail était entière dans une activité n'impliquant pas un travail à genoux, de longs déplacements ou une activité répétitive de l'épaule gauche avec le port d'un poids supérieur à 3 à 5 kg.![endif]>![if> 13. Dans son rapport du 14 mai 2010, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a mentionné que la clavicule gauche présentait une persistance de douleurs mécaniques inexplicables, étant précisé que la consolidation osseuse avait été obtenue et que la scintigraphie osseuse et la recherche d'un syndrome du défilé thoracique gauche s'étaient révélées négatives. Les restrictions physiques existantes consistaient en douleurs lors de sollicitations en force du genou droit. Un à deux mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les activités en positions sédentaires, de petites manutentions légères, le travail sériel ou de contrôle, ainsi que des travaux ne demandant que des déambulations peu fréquentes ou en terrain régulier, avec une limite de poids de 10 à 15 kilos, seraient parfaitement compatibles avec l'état de santé de l'assuré, à plein temps. ![endif]>![if> 14. Dans son rapport du 6 octobre 2010, le Dr G_____ a indiqué que la capacité de travail de son patient était entière dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles observées, à savoir une boiterie du membre inférieur droit et des douleurs à la station debout prolongée. ![endif]>![if> 15. Le 4 novembre 2010, le docteur I_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a mentionné que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que l'évolution était favorable depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, intervenue le 28 juillet 2010.![endif]>![if> 16. Dans un rapport du 24 janvier 2011, le Dr H_____ a mentionné qu'il subsistait et allait subsister de manière définitive des séquelles sérieuses sous forme de douleurs péri-articulaires de l'épaule gauche, ainsi que des douleurs chroniques et une limitation fonctionnelle du genou et de la jambe droite en raison de la survenue d'une arthrose post-traumatique du genou droit. Ces séquelles ne paraissaient pas susceptibles d'amélioration, mais plutôt, à moyen terme, d'aggravation. Des mesures de reclassement étaient indispensables. ![endif]>![if> 17. Du 10 janvier au 11 juin 2011, l'assuré a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel, soit une formation auprès de l'institut Sight & Sound, au terme de laquelle il a obtenu un certificat d'assistant administratif.![endif]>![if> 18. Entre le 24 octobre 2011 et le 30 avril 2012, l'assuré a réalisé un stage de formation pratique auprès de J_____ à 50%, l'employeur n'ayant pas eu suffisamment de travail pour un taux d'activité supérieur, ce qui correspondait en outre à la préférence de l'assuré.![endif]>![if> 19. Le 20 février 2012, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chef de clinique auprès des HUG, a indiqué que l'assuré se plaignait, depuis son accident de 2007, de douleurs à la clavicule de type électrique, déclenchées par les mouvements d'élévation et d'abduction, ainsi que d'une tuméfaction de la région en fin de journée de travail. Il a retenu le diagnostic probable de lésions des nerfs supra-claviculaires, malgré l'électroneuromyogramme normal. Une tentative d'infiltration n'avait pas apporté de bénéfice immédiat. Il ne retenait pas d'indication opératoire car une reprise chirurgicale visant à éliminer la voussure engendrerait le risque d'une nouvelle fracture de la clavicule. ![endif]>![if> 20. Dans un rapport du 19 mars 2012, le Dr G_____ a relevé que malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, son patient souffrait de symptômes invalidants (douleurs et fatigabilité) sur sa jambe droite lors des changements de temps, de marches soutenues et la station debout prolongée. S'agissant de la clavicule, il a rappelé le contenu du rapport du Dr K_____ et souligné que le dernier stage dans un poste de travail a priori léger avec des gestes de type bureaucratique avait occasionné des douleurs invalidantes de l'épaule gauche ainsi que des tendinopathies. Finalement, la capacité de travail n'avait jamais été de 100% mais de 50%. Il a également fait état de l'apparition d'un état dépressif secondaire faisant l'objet d'un traitement antidépresseur depuis le 26 janvier 2012, ainsi que d'épisodes d'arthrites migrantes aux membres inférieurs et supérieurs ayant nécessité un bilan auprès d'un immuno-allergologue, bilan qui n'avait pas permis de mettre en évidence une étiologie à ce problème. Ces épisodes d'arthrites avaient un impact transitoire sur la capacité de travail. L'assuré présentait des séquelles physiques permanentes qui avaient un impact fonctionnel plus important que prévu, tant au niveau du membre inférieur droit que du membre supérieur gauche. À ce jour, il n'avait pas pu exercer une profession en stage à plus de 50%. ![endif]>![if> 21. Par rapport du 22 mars 2012, le docteur L_____, médecin chef de clinique au service de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué un syndrome de l'angulaire de l'omoplate et une contracture du trapèze à gauche, ainsi qu'un status post fracture de la clavicule (traitement conservateur). Les douleurs de l'assuré étaient vraisemblablement expliquées par des contractures musculaires, latéralisées du côté de la fracture de la clavicule et liées à un défaut de proprioception dans les suites de l'accident. Il avait

recommandé à l'assuré de reprendre dès que possible le cours de sa vie professionnelle, qui passait actuellement par l'inscription au chômage et la recherche d'un emploi après la réussite de sa reconversion. ![/endif]>[/if> 22. Dans un rapport du 10 juillet 2012, le Dr H_____ a considéré que le diagnostic de syndrome de l'angulaire de l'omoplate, soit une contracture musculaire à la fois du trapèze et du releveur de l'omoplate, était une pathologie fréquente, mais dans la règle bénigne, fluctuante et curable. Le retentissement de cette douleur pouvait être important dans les activités de bureau, d'emploi d'ordinateur, de manipulation de classeurs. Il ne pouvait toutefois affirmer que cette affection empêcherait la reprise d'une quelconque activité professionnelle. ![/endif]>[/if> 23. Le 24 août 2012, ce médecin a exposé que l'assuré présentait des douleurs scapulo-humérales gauches dont le retentissement pouvait être important dans les activités de bureau ou lors de positions avec le bras gauche en porte-à-faux. Actuellement, il retenait une incapacité de travail de 50% dans de telles activités. ![/endif]>[/if> 24. Par décision du 17 septembre 2012, confirmée sur opposition le 7 janvier 2015, la SUVA a notamment octroyé à l'assuré une rente correspondant à une diminution de la capacité de gain de 24%. ![/endif]>[/if> 25. Par décision du 6 novembre 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière du 1^{er} novembre 2008 au 30 avril 2009, puis un trois-quarts de rente du 1^{er} mars au 30 novembre 2010. Il a considéré qu'à l'issue du délai de carence, en novembre 2008, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, mais qu'à partir de février 2009, elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'affection médicale s'était ensuite dégradée durant le stage d'orientation professionnelle en novembre 2009. De ce fait, la capacité de travail résiduelle était de 50% entre l'issue de la mesure de réadaptation, à la fin du mois de février 2010, et deux mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée en juillet 2010. Le calcul du degré d'invalidité durant cette période (62%) donnait droit à un trois-quarts de rente jusqu'en novembre 2010, soit trois mois après le rétablissement d'une capacité de travail résiduelle entière. L'assuré était en mesure de reprendre une activité lucrative à temps complet dans le domaine professionnel dans lequel il avait été reclassé et la comparaison des revenus en 2012 aboutissait à un degré d'invalidité de 15%, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente. ![/endif]>[/if> 26. Par rapport du 15 novembre 2012, le Dr G_____ a considéré que son patient présentait des séquelles irréversibles et douloureuses avec un impact réel sur sa capacité de travail, qu'il évaluait actuellement à 50%. Pour les autres 50%, l'assuré, bien que motivé, avait peu de chances de retrouver un travail s'il devait « passer par la filière habituelle des personnes valides à la recherche d'un emploi à 100% ». ![/endif]>[/if> 27. Dans un rapport du 20 mars 2013, le Dr G_____ a notamment indiqué que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50% à partir du 1^{er} mai 2012 et de 100% dans toute activité depuis le 1^{er} octobre 2012 en raison de l'état dépressif réactionnel induit par sa situation. ![/endif]>[/if> 28. Par arrêt du 27 mai 2013 (ATAS/529/2013), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision du 6 novembre 2011. L'assuré n'ayant contesté ni l'octroi de la rente entière limitée du 1^{er} novembre 2008 au 30 avril 2009, ni le fait que son état de santé se fût amélioré à partir de février 2009 - ce qui avait conduit à la suppression de sa rente du 1^{er} mai 2009 au 28 février 2010 -, ni l'octroi du trois-quarts de rente du 1^{er} mars au 30 novembre 2010, le litige ne portait que sur son droit à une rente au-delà du 30 novembre 2010. La chambre de céans a considéré que les pièces produites permettaient de conclure au rétablissement d'une capacité de travail résiduelle entière de l'assuré en septembre 2010 et qu'une aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer durablement sa capacité de travail n'était pas établie postérieurement au mois de novembre 2010. Après comparaison des revenus de valide et

d'invalidé en 2010, elle a fixé le degré d'invalidité à 21%, de sorte que c'était à bon droit que l'OAI avait mis fin au versement de la rente en novembre 2010, soit à l'issue du délai de trois mois après l'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. ![endif]>![if> 29. Au mois de décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de détection précoce de l'invalidité en raison d'une dépression et a communiqué à l'OAI les certificats de la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 16 mai 2014. Selon le guide de l'entretien pour détection précoce du 5 février 2015, l'assuré n'était pas parvenu à trouver un emploi en tant qu'assistant administratif, en l'absence de diplôme et d'expérience en la matière, et sa dépression était liée à la fin de son droit aux prestations de chômage. ![endif]>![if> 30. Par rapport du 10 mars 2015, la Dresse M_____ a indiqué que l'assuré, qu'elle suivait depuis le mois de mai 2014, présentait un épisode de dépression de gravité moyenne, ayant commencé en mai 2012 et qui s'était aggravé en janvier – février 2014, ainsi que des douleurs chroniques entraînant des restrictions dans de nombreuses activités de la vie quotidienne. Il supportait très mal ces limitations physiques et se sentait atteint dans la place qu'il occupait au sein de sa famille. Le fait de ne pas avoir retrouvé d'emploi, et donc de place dans la société, lui pesait beaucoup et renforçait ce sentiment d'exclusion et d'être dans une voie sans issue. L'état clinique était marqué par une perte d'élan vital, une thymie triste avec des idées de mort passives, un fort sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une culpabilité vis-à-vis de sa famille, un état d'anxiété avec des ruminations, une irritabilité et des troubles du sommeil. L'assuré ne sortait pratiquement plus de chez lui et le repli social était important. Le suivi actuel consistait en des rendez-vous tous les quinze jours et plusieurs essais de traitements antidépresseurs avaient dû être interrompus en raison d'effets indésirables. Le traitement de Cipralex introduit récemment avait peu d'effet sur les symptômes.![endif]>![if> 31. En date du 23 avril 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une dépression.![endif]>![if> 32. Par rapport du 1 er juin 2015, le Dr G_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un état dépressif sévère de type sinistrose, des douleurs chroniques du membre inférieur droit et de l'épaule gauche post-accident, des arthralgies migrantes d'origine indéterminée « sans pouvoir avoir actuellement de diagnostic précis (suspicion de maladie de Beçet ou syndrome palindromique ?) » et d'obésité suite au manque d'activité après l'accident de 2007. L'évolution actuelle était défavorable avec la persistance de douleurs chroniques invalidantes malgré la prise d'antalgiques puissants, des crises d'arthrites objectivées par un syndrome inflammatoire transitoire, et un état dépressif qui s'installait et se chronicisait. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de janvier 2014 en raison du problème psychiatrique. Les symptômes actuels consistaient en douleurs chroniques avec une boiterie du membre inférieur droit, parfois très marquée, douleurs et inflammations lors des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche ou d'amplitude, douleurs articulaires aiguës avec des signes d'inflammation. De plus, l'assuré présentait des troubles du sommeil, une perte d'envie et de la capacité de pouvoir se projeter à long terme en dépit d'un suivi psychiatrique régulier et du traitement de Cipralex. Les restrictions physiques concernaient les déplacements « compliqués », le fait de lever le bras avec un poids, de soutenir un poids, tous les mouvements répétitifs, même avec des objets légers. En outre, l'état dépressif diminuait l'élan vital, sa motivation et sa capacité de rendement au travail. L'incapacité de travail était de 50% et le pronostic très réservé. L'assuré pouvait travailler en position seulement assise ou alterner les positions, à raison de 4 heures par jour au maximum. Ses capacités de

concentration et d'adaptation étaient limitées en raison de la dépression.![endif]>![if> 33. Dans son rapport du 8 juin 2015, la Dresse M_____ a diagnostiqué sur le plan psychiatrique un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). L'incapacité de travail était totale depuis le mois de janvier 2014 et les restrictions consistaient en un ralentissement psychomoteur, une perte d'élan vital, une irritabilité, une intolérance au stress, des troubles du sommeil, une anxiété avec des ruminations, des difficultés de concentration et d'attention, des troubles de la mémoire. ![endif]>![if> 34. Le 22 juin 2015, le professeur N_____ du service de rhumatologie des HUG, a indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis une année et lui a communiqué notamment les documents suivants :![endif]>![if> - un rapport qu'il avait adressé au Dr G_____ le 14 mai 2013, indiquant que, lors de l'examen du 8 mai 2013, l'assuré présentait un aphte sur la langue, une arthrite des articulations interphalangienne proximale et métacarpo-phalangiennes du troisième doigt à droite associée à une rougeur, une tuméfaction et une limitation des amplitudes articulaires, une rougeur le long du tendon extenseur du cinquième doigt de la main gauche et une voussure sous l'arcade plantaire du pied droit, évocatrice d'un érythème noueux ; l'association d'une aphtose, d'une oligo-arthrite et de lésions cutanées de type érythème noueux pouvait faire évoquer le diagnostic de maladie de Behçet, mais plusieurs signes cliniques de ce diagnostic faisaient défaut ; un bilan biologique complémentaire avait confirmé un syndrome inflammatoire ; ![endif]>![if> - un rapport du 22 mai 2013 du docteur O_____ du service de dermatologie des HUG, qui a notamment exposé qu'il ne retenait pas d'argument cutané pour une maladie de Behçet ni pour un érythème noueux ;![endif]>![if> 35. En date du 23 mars 2017, la Dresse M_____ s'est adressée au docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et à la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR mandatés par l'OAI afin de procéder à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré. Elle a relevé que l'état psychique de ce dernier était resté stationnaire durant de nombreux mois, marqué par une thymie abaissée, une perte de confiance avec un sentiment de dévalorisation, un sentiment d'inutilité, une irritabilité et des tensions, fortes dans le couple courant 2016, ce qui avait aggravé son état. Les changements de traitement n'avaient pas apporté d'amélioration notable et avaient été mal supportés. L'assuré avait besoin de périodes de récupération, ce que lui permettait son emploi actuel fractionné de chauffeur de bus scolaire. L'obtention de ce travail avait amélioré partiellement et de façon temporaire sa thymie, mais quelques mois après le début de cette activité, il s'était à nouveau senti moins bien, plus tendu, nerveux et fatigué car les enfants qu'il conduisait étaient en difficultés, avec des troubles du comportement, et très difficiles à contenir durant le trajet en bus. Il supportait mal cette situation de stress et ses douleurs étaient en augmentation depuis la reprise de cette activité. Il tenait néanmoins à cet emploi et était motivé. Actuellement, il présentait une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne et un trouble anxieux avec des difficultés à gérer le stress, une irritabilité et une tension variable et quelques troubles du sommeil. L'assuré ne pourrait pas travailler à plus de 50%.![endif]>![if> 36. Le 9 mai 2017, les Drs P_____ et Q_____ ont rendu leur rapport suite à l'examen de l'assuré le 5 avril 2017. Ils ont posé, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies droites, mécaniques, dans les suites d'une fracture comminutive du tiers proximal de la jambe droite et d'une fracture Schatzker VI du plateau tibial droit avec comme séquelles une arthrose débutante interne fémoro-tibiale et une angulation en varus du tiers proximal du tibia, ainsi que des douleurs acromio-claviculaires gauches dans le

contexte d'une fracture de la clavicule le 16 novembre 2007, avec comme séquelles une arthrose de l'articulation. Ils ont également signalé, à titre de diagnostics sans effets sur la capacité de travail, des arthralgies oligo-articulaires d'origine indéterminée, un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne avec un syndrome somatique en rémission complète, une obésité de classe I et une discrète scoliose lombaire compensée asymptomatique. L'intéressé rapportait des podalgies bilatérales, présentes en moyenne deux à trois jours par semaine, pouvant durer deux à trois jours, avec des signes inflammatoires (rougeur et chaleur) accompagnés parfois d'œdèmes. Les douleurs apparaissaient dans la journée, lors des changements de temps ou s'il marchait au-delà d'une heure trente ou pratiquait le vélo plus de 35 minutes. Pour les soulager, il prenait des médicaments et se reposait. Ce phénomène inflammatoire migrant pouvait toucher également les mains. L'assuré signalait ensuite des gonalgies droites intermittentes, survenant deux à trois fois par semaine qui pouvaient survenir trente minutes après la marche et s'accompagnaient parfois d'une rougeur de l'articulation. L'assuré se plaignait également de douleurs du genou gauche, beaucoup plus rares, et de l'épaule gauche notamment lors du port de charges, le maniement du volant ou de la pratique du vélo sur un terrain irrégulier. Actuellement, il travaillait comme chauffeur de bus scolaire et la conduite pouvait être pénible et provoquer des douleurs au genou droit lorsqu'il freinait, parfois au genou gauche lorsqu'il changeait les vitesses, et les virages serrés réveillaient les douleurs à l'épaule gauche. La cohérence entre les plaintes, l'examen du dossier et l'examen clinique était bonne, et l'assuré avait été très motivé, dès le début, à retrouver une activité adaptée. Il avait payé de sa poche une formation de chauffeur professionnel en mai 2016, réussi l'examen pratique le 2 septembre 2016 et commencé à travailler comme chauffeur scolaire à 35% le 15 septembre 2016. Ses compétences en français, son jeune âge, sa motivation et le besoin de se revaloriser devraient jouer un rôle favorable si de nouvelles mesures étaient octroyées. L'assuré ne se voyait pas travailler à plus de 50%, ce que les examinateurs ne pouvaient pas cautionner. Si l'assuré était amené à travailler à un taux plus élevé dans la conduite automobile, il pourrait bénéficier d'un pommeau facilitant la manipulation de la colonne de direction pour soulager son épaule. Travailler avec un véhicule automatique permettrait de diminuer les contraintes sur le genou droit et l'épaule gauche. Concernant les gonalgies et podalgies, on pouvait exiger de l'assuré les mesures lui permettant de perdre du poids, par exemple en augmentant ses activités physiques ou en suivant des mesures diététiques. S'agissant de l'épaule gauche, un avis orthopédique semblait utile. Un traitement conservateur sous forme d'infiltration était évoqué et un geste chirurgical laissé à l'appréciation du spécialiste. L'arthrose acromio-claviculaire était un élément nouveau. Une nouvelle évaluation rhumatologique était recommandée compte tenu de l'apparition d'un phénomène rhumatismal peu clair pour l'instant qui ne semblait toutefois pas interférer dans les activités quotidiennes de l'assuré. Au niveau psychique, il était tout fait apte à travailler à un taux supérieur à 35% puisque ses ressources personnelles n'étaient pas limitées dans les activités quotidiennes. En effet, il avait confirmé aider son épouse dans la tenue du ménage. Par ailleurs, il gardait des centres d'intérêt et pratiquait certaines activités sportives telles que la marche et le vélo. L'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure. L'assuré était plutôt en colère, facilement irritable, mécontent de sa situation actuelle. Il avait de bonnes ressources d'adaptation aux changements et était tout à fait capable de défendre ses droits. L'assuré était très motivé à travailler et à gagner sa vie, mais son activité d'assistant administratif n'était pas indiquée en raison d'un important risque de décompensation dépressive, étant rappelé que l'assuré avait travaillé toute sa vie à

l'extérieur. Une incapacité de travail de 50% tout au plus était reconnue entre 2014, date du début de la prise en charge psychiatrique ambulatoire, et septembre 2016, date à laquelle il avait réussi son permis de chauffeur et avait pu trouver un emploi à temps partiel. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements d'abduction et d'adduction, les rotations internes du membre supérieur gauche, ainsi que la position debout prolongée, la marche sur de longues distances, les déplacements en terrain irrégulier, instable ou glissant, les travaux accroupis ou à genou, le port de charge supérieures à 15 kg avec les deux bras ou à 5 kg avec un bras. La capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon depuis l'accident de 2007, mais entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée dès le 2 février 2009 conformément au rapport du SMR du 17 juillet 2009, étant toutefois précisé que l'élément nouveau était l'apparition lente et progressive de l'arthrose acromio-claviculaire pour laquelle des limitations fonctionnelles auraient dû être retenues pour l'épaule gauche dès le 2 février 2009, l'assuré s'étant plaint de ce problème dès le stage aux EPI. L'incapacité de travail avait été de 50% du 6 mai 2014 au mois de septembre 2016, et une activité exigible à temps complet était retenue depuis le mois d'octobre 2016. Au niveau du pronostic, il était relevé qu'une aggravation progressive et lente de l'arthrose interne du genou droit et de l'articulation acromio-claviculaire gauche ne pouvait pas être exclue.![endif]>![if> 37. Dans une appréciation non datée, le Dr G _____ a noté que son patient avait pu, grâce à son soutien, à celui de sa psychiatre, de sa famille et grâce à un traitement antidépresseur, retrouver un certain équilibre et commencer le processus de deuil de l'atteinte de son intégrité physique. Il demeurait toutefois fragile et le traitement de Cipralax avait dû être remplacé par du Trittico 150 mg par jour. Les douleurs chroniques du membre inférieur droit et de l'épaule gauche étaient toujours présentes et nécessitaient la prise régulière d'antalgiques. Les arthrites migrantes, toujours présentes de manière itérative, justifiaient également la prise d'antalgiques. L'incapacité de travail irréversible était entre 50% et 70%. L'assuré avait de son propre chef retrouvé un emploi à 35%, ce qui attestait de sa volonté de s'en sortir. Toutefois, cet emploi lui avait également permis de se rendre compte qu'il existait une limite de sa capacité de travail et qu'une activité à 50% serait difficile à maintenir sur la durée.![endif]>![if> 38. Par décision du 25 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 22 juin 2017 et accordé à l'assuré un trois-quarts de rente limité du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016. Il a considéré qu'une activité adaptée aurait pu être reprise à temps complet dès le mois d'octobre 2016. Il a arrêté le revenu sans invalidité à CHF 75'509.- pour 2014 et le revenu avec invalidité à CHF 66'453.- pour 2014 (ESS 2014, TA1 total, niveau 4, homme), soit un salaire de CHF 33'226.50 pour une activité à 50%, réduit à CHF 29'904.- (10%) en raison du taux d'occupation. Ainsi, la perte de gain s'élevait à CHF 45'605.- et correspondait à 60%. Dès lors qu'il avait déposé sa demande le 23 avril 2015, son droit à une rente ne prenait naissance qu'au 1^{er} octobre 2015. S'agissant du degré d'invalidité à compter du mois d'octobre 2016, le revenu sans invalidité aurait été de CHF 75'935.- en 2015. S'agissant du revenu d'invalidité, il était fixé à CHF 66'633.- (ESS 2014, TA1 total, niveau 4, homme, après indexation à 2015). La perte de gain se montait donc à CHF 9'302.-, correspondant à 12%, degré insuffisant pour maintenir le droit à la rente. Cette dernière avait donc pris fin au 31 décembre 2016, après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois.![endif]>![if> 39. Par acte du 27 novembre 2017, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire confiée à des spécialistes neutres et indépendants soit ordonnée afin de déterminer sa

capacité de travail raisonnablement exigible. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016, à l'octroi de mesures de reclassement et au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en place desdites mesures et nouvelle décision. Subsidièrement, il a conclu à l'octroi de mesures de reclassement et à une rente entière du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016 et au renvoi de la cause à l'intimé pour réalisation d'une expertise pluridisciplinaire auprès de spécialistes neutres et indépendants et mise en place des mesures de reclassement. En substance, le recourant a contesté toute valeur probante au rapport du SMR du 9 mai 2017, relevant les examinateurs s'étaient prononcés sur un dossier incomplet, que leurs conclusions n'étaient pas motivées et étaient contredites par les éléments du dossier. Aucun examen radiologique n'avait été effectué au niveau des membres inférieurs alors qu'il se plaignait d'une aggravation de ses douleurs aux genoux et aux pieds, et que le SMR avait relevé qu'un avis orthopédique serait utile concernant l'épaule gauche. En outre, il ressortait du rapport relatif à la radiographie du 11 avril 2017 qu'une IRM était nécessaire pour examiner l'existence d'une lésion de la capsule et du ménisque. L'atteinte rhumatismale, laquelle nécessitait la prise d'antalgiques, n'avait pas été investiguée. Il avait signalé des paresthésies et engourdissements des doigts, mais n'avait pas été examiné par un neurologue. En outre, les médecins du SMR n'avaient pas discuté les avis des Drs M_____ et G_____ dont ils écartaient les conclusions. Les conclusions du rhumatologue du SMR, selon lesquelles l'arthrose de l'épaule gauche remontait à février 2009, ne concordaient pas avec le rapport final de la SUVA de mai 2009 et avec le rapport relatif à l'IRM du 24 mars 2009, document qui faisait défaut dans l'anamnèse. Les quelques tâches ménagères effectuées sans obligation de rendement ne permettaient pas de retenir qu'il présentait une totale capacité de travail sur le marché du travail. Quant aux activités sportives, elles se limitaient à un peu de vélo et de la marche afin de perdre du poids. Sur le plan psychique, plusieurs éléments essentiels avaient été omis par le médecin du SMR, dont les idées de suicide. Le recourant a contesté le calcul du degré d'invalidité, soutenant notamment que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé en se référant à l'ESS et que le revenu avec invalidité ne pouvait pas être arrêté en se référant au niveau 1 de compétences, tous secteurs confondus, qui incluait inévitablement des postes inadaptés. Ses médecins traitants renaient en outre tout au plus une capacité de 50%. Par ailleurs, un abattement de 20% au moins se justifiait. Par conséquent, en se basant sur le TA1, niveau 1, tous secteurs confondus, le revenu annuel avec invalidité serait tout au plus de CHF 53'306.- pour une activité à 100% avec un abattement de 20%, de sorte qu'il en résulterait un degré d'invalidité de 30% donnant droit à des mesures de reclassement. Il a rappelé à ce propos que le SMR avait relevé qu'une activité de bureau n'était pas indiquée en raison d'un important risque de décompensation dépressive. Quant à l'activité de chauffeur, elle était également contre-indiquée en raison des atteintes aux épaules et aux jambes.!

40. Dans sa réponse du 5 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant les griefs du recourant quant au manque d'investigations, au moyen notamment d'une IRM ou d'avis de spécialistes, l'intimé a relevé que le recourant n'était pas suivi dans les règles de l'art et avait déclaré que la prise de simples antalgiques suffisait à enlever ses douleurs. Ce n'était donc pas parce que l'IRM préconisée dans le rapport du 11 avril 2017 n'avait pas été réalisée, afin d'examiner l'existence d'une lésion de la capsule ou du ménisque, que le rapport d'examen du SMR perdrait sa valeur probante. Les examinateurs avaient clairement conclu que la mobilité était symétrique, de sorte que leur examen ne permettait pas de confirmer la notion de capsulite décrite dans certains rapports. Concernant les paresthésies

et engourdissements aux doigts, aucun des médecins traitants n'en faisaient part. Les douleurs aux pieds avaient été prises en considération. Le rapport d'IRM était cité dans la partie du rapport du SMR dévolue au dossier radiologique. Au niveau psychiatrique, les indications mentionnées dans le rapport du Dr M_____ du 10 mars 2015 étaient en totale contradiction avec ce que l'examineur avait constaté lors de son examen clinique et avec les déclarations du recourant, lequel n'avait pas verbalisé d'idée suicidaire. Concernant le calcul du degré d'invalidité, l'intimé a contesté la position du recourant et maintenu que le droit à des mesures professionnelles ou à une rente n'était pas ouvert.![endif]>![if> 41. Le 6 avril 2018, le Dr G_____ a informé la chambre de céans que les douleurs du membre inférieur droit étaient variables, notamment en fonction du temps, et pouvaient s'accroître lors de l'appui sur la jambe droite et lors de mouvements répétitifs, tel que l'appui sur une pédale d'accélérateur et de frein sur une journée de huit heures en tant que chauffeur. Par ailleurs, le fait de devoir mobiliser l'épaule gauche ou manier un volant demandait probablement plus d'efforts au recourant qu'à une autre personne. Ce médecin était en outre totalement favorable à un pommeau facilitant la manipulation de la colonne de direction d'un véhicule. Les douleurs du genou gauche étaient fluctuantes, mais cette articulation pouvait présenter un aspect inflammatoire et douloureux avec impact au niveau de la capacité de travail. Lorsque l'arthrite disparaissait, la capacité de travail était entièrement retrouvée concernant cette articulation. Quant au rhumatisme palindromique, il était actuellement maîtrisé par des anti-inflammatoires. En ce qui concerne l'examen par le SMR, ce médecin a relevé que la conclusion d'une capacité de travail totale dans toute activité adaptée semblait être un raccourci qui tenait peu compte de la difficulté actuelle de toute personne atteinte dans son intégrité physique et psychologique de se réinsérer dans le monde professionnel. Ainsi, l'aide à la conversion pour une activité d'assistant administratif n'avait débouché sur aucune suite professionnelle et plutôt alimenté le sentiment d'échec et l'état anxio-dépressif du recourant, légitime face aux interrogations concernant son futur. Cependant, le Dr G_____ ne s'estimait pas compétent pour s'opposer aux conclusions des médecins du SMR, même s'il restait perplexe. Il a par ailleurs jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, ainsi qu'une prise en charge rhumatologique. En effet, les plaintes et leurs répercussions sur la capacité de travail étaient plausibles.![endif]>![if> 42. Le 27 avril 2018, le docteur R_____ du SMR a constaté que le Dr G_____ n'avait fourni aucun argument objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'examen du SMR. Toutes les atteintes mentionnées par ce médecin avaient été prises en compte par les médecins du SMR. La divergence d'appréciation était uniquement liée à la différence de rôle entre le médecin traitant et les experts qui se positionnaient sur un registre strictement asséculogique. ![endif]>![if> 43. Dans sa détermination du 30 avril 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à l'avis médical du SMR précité et en s'opposant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.![endif]>![if> 44. Dans ses écritures du 2 mai 2018, le recourant a également maintenu ses conclusions. Le rapport d'examen du SMR n'avait aucune valeur probante, d'autant moins, que les médecins du SMR avaient également considéré que des examens complémentaires étaient nécessaires. Le rhumatologue du SMR s'était arrêté à son analyse à l'année 2009, alors que les atteintes avaient évolué depuis lors. Sur le plan psychique, le rapport était lacunaire. Aussi, était-il indispensable d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire. ![endif]>![if> 45. Par écriture du 7 mai 2018, le recourant a produit le rapport du 4 mai 2018 de la Dresse M_____. Elle a notamment attesté qu'entre 2014 et 2016, l'état clinique du recourant avait été tel que sa capacité de travail était nulle, étant précisé qu'elle avait commencé à le suivre

depuis mai 2014. Le diagnostic était alors un état de dépression moyen à sévère. Il avait par ailleurs engendré un conflit de couple, le recourant s'étant replié et étant resté enfermé dans un sentiment de honte, de dévalorisation, se sentant diminué et n'arrivant pas à faire le deuil de sa « vie d'avant ». Les différents traitements médicamenteux n'avaient pas amélioré son état. A cela s'ajoutaient des douleurs chroniques. Quant à son travail actuel, il était difficile et demandait de la concentration et de la patience, en raison du transport d'enfants présentant des troubles du comportement. Néanmoins, cette activité avait un effet positif sur son état psychique, même si certains symptômes persistaient comme l'irritabilité, la tension la nerveuse, la rumination, la fatigabilité et les troubles du sommeil fluctuants. Son état restait ainsi fragile et le traitement psychotrope antidépresseur de Trittico était poursuivi. Enfin, les douleurs séquellaires l'empêchaient de rester longtemps dans une même position et il était aussi limité dans de nombreuses activités de la vie quotidienne pour le port de lourdes charges, les marches de longue durée, ainsi que pour certains mouvements.

46. Le 17 mai 2018, la chambre de céans a auditionné le recourant qui a déclaré ce qui suit : « Lors des changements de temps ou lorsque je marche beaucoup, je peux développer des crises de douleurs. Mes pieds et parfois les genoux deviennent rouges et j'ai mal aux articulations un peu partout. J'augmente alors les médicaments antidouleurs, mais je continue néanmoins de travailler. Il n'en demeure pas moins que j'ai mal toute la journée. Je souffre environ deux à trois fois par semaine de ces crises de douleurs. Le matin je travaille de 7h à 9h environ, puis je rentre à la maison et me repose. A midi je prépare à manger pour les enfants et moi. Je fais aussi un peu de ménage, si c'est nécessaire. Je reprends ensuite le travail entre 15h et 17h environ. Parfois, je fais de la marche (deux fois par semaine) et du vélo (le week-end), mais pas plus que 30 min. car je souffre ensuite aux genoux. Par ailleurs, quand je conduis et je force, j'ai mal au pied gauche. En 2014, lorsque j'ai consulté la Dresse M_____, je me sentais vraiment mal et ne sortais presque plus de chez moi. Je faisais néanmoins un peu de marche et de vélo, mais plus rarement. Je ne pourrais pas travailler à plus de 50 %, car j'ai besoin de repos à cause des douleurs chroniques. Vous m'apprenez que je pourrais bénéficier d'un pommeau pour faciliter le maniement du volant. Je connais ces pommeaux de mon précédent travail de maçon où je devais conduire des machines qui en étaient équipées. Je ne pense cependant pas que cela pourrait être une solution pour moi. En effet, la voiture que je conduis n'est pas automatique et je dois donc changer les vitesses avec la main droite et devrais me servir du pommeau avec la main gauche. Or, c'est justement le côté atteint de l'épaule qui serait mis à contribution et cela me provoquerait probablement plus de douleurs que de manier le volant à deux mains. Je ne vois pas d'activité adaptée que je pourrais faire à 100 % a priori. Peut-être je pourrais travailler comme conducteur de tram ou comme livreur pour les laboratoires. Je serais d'accord de faire un effort. Dans l'ensemble, je préfère le domaine de la conduite à un travail en milieu fermé. Je pourrais éventuellement également passer un permis pour transporter 16 personnes, étant précisé que mon permis n'est valable que pour 8 personnes. Cette formation complémentaire coûterait environ CHF 7'500.-. Avec un tel permis, mon employeur actuel pourrait m'offrir un emploi à 50 %. La formation de chauffeur de car coûterait environ CHF 12'000.-. Toutefois, je ne suis pas certain que cette activité constitue un travail adapté à mes handicaps. Je relève par ailleurs qu'au niveau psychique, je ne suis pas dans la meilleure forme possible. Je suis toujours sous antidépresseur et je me sens facilement irritable. Ma résistance au stress est diminuée. » Son mandataire a par ailleurs précisé qu'il sollicitait prioritairement des mesures de reclassement et d'orientation, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise. Le recourant avait

demandé à son employeur un emploi à 50 %, mais ne l'avait toujours pas obtenu. Quant à l'intimé, il a refusé d'entrer en matière sur d'autres mesures d'ordre professionnel, la perte de gain n'étant que de 12 %. Enfin, une activité légère dans le contrôle ou le conditionnement pouvait être exercée sans formation. 47. Dans son avis médical du 9 mai 2018, le Dr R_____ a constaté que la Dresse M_____ confirmait pour l'essentiel les évaluations par le SMR en date du 5 avril 2017, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions précédentes. 48. Par écriture du 17 mai 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions sur la base de l'avis médical précité. 49. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al.1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). Compte tenu de ce report, le recours interjeté le lundi 27 novembre 2017, dans la forme prescrite par la loi, contre la décision du 25 octobre 2017, est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé suite à sa nouvelle demande déposée le 23 avril 2015, plus particulièrement sur son degré d'invalidité, étant rappelé que par décision du 6 décembre 2012, confirmée par la chambre de céans le 27 mai 2013, l'intimé lui a nié le droit à une rente au-delà du 30 novembre 2010. 4. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 5. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de

révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant

compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). 9. 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 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). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF

135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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. cc). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. a. En l'espèce, il est rappelé que la chambre de céans a confirmé, dans son arrêt du 27 mai 2013 (ATAS/529/2013) entré en force, la décision de l'intimé du

E. 6

décembre 2012 et jugé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2010. Compte tenu du degré d'invalidité, fixé à 21%, il n'avait plus droit à une rente à compter du 30 novembre 2010. Suite à la nouvelle demande du recourant du 23 avril 2015, l'intimé a accordé au recourant un trois-quarts de rente limité dans le temps du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016. Le recourant conteste non seulement le degré d'invalidité retenu entre le 1^{er} octobre 2015 et le 31 décembre 2016, mais également la suppression de sa rente à cette date. b. Les médecins du SMR mentionnent, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies droites, mécaniques, dans les suites d'une fracture comminutive du tiers proximal de la jambe droite et d'une fracture Schatzker VI du plateau tibial droit avec comme séquelles une arthrose débutante interne fémoro-tibiale et une angulation en varus du tiers proximal du tibia, ainsi que des douleurs acromio-claviculaires gauches dans le contexte d'une fracture de la clavicule le 16 novembre 2007, avec comme séquelles une arthrose de l'articulation. Les diagnostics d'arthralgies oligo-articulaires d'origine indéterminée, d'épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne avec un syndrome somatique en rémission complète, d'obésité de classe I et de discrète scoliose lombaire compensée asymptomatique sont sans effets sur la capacité de travail. La capacité de travail est totale dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès octobre 2016, mais nulle dans sa profession antérieure de maçon depuis l'accident de 2007. Entre 2014 et septembre 2016, sa capacité de travail était diminuée de tout au plus 50% pour des raisons psychiques. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles concernent le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements d'abduction et d'adduction, les rotations internes du membre supérieur gauche, ainsi que la position debout prolongée, la marche sur de longues distances, les déplacements en terrain irrégulier, instable ou glissant, les travaux accroupis ou à genou, le port de charge supérieures à 15 kg avec les deux bras ou à 5 kg avec un bras. c. Le rapport des médecins du SMR remplit en principe tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été établi en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et comprend des conclusions motivées et cohérentes. d. En ce qui concerne l'IRM du 24 mars 2009 qui n'aurait pas été prise en

considération par les médecins du SMR, elle figure dans le dossier radiologique (p. 14 du rapport d'examen). Le grief du recourant, selon lequel le SMR n'aurait pas eu connaissance du dossier complet, n'est donc pas fondé. Quant au reproche du manque d'investigation, il est vrai que l'étiologie des crises de douleurs migratoires est incertaine. Toutefois, comme le Dr G_____ l'a encore confirmé dans son dernier rapport à la chambre de céans, l'éventuel rhumatisme palindromique est maîtrisé par des anti-inflammatoires et n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Cela est également confirmé par le recourant lors de son audition. Par ailleurs, selon les médecins du SMR, un avis orthopédique semble utile pour l'épaule gauche. Cependant, le diagnostic précis d'une atteinte importe moins que ses répercussions sur la capacité de travail. Or, les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche sont connues et ne sont pas contestées. En effet, il est admis que le recourant souffre de douleurs consécutivement à son accident en 2007, ainsi que d'un début d'arthrose acromio-claviculaire qui s'est déclarée depuis lors. Les limitations de l'épaule gauche sont mentionnées dans l'énumération des limitations fonctionnelles somatiques. En ce qui concerne le genou gauche, une aggravation des douleurs est également signalée qui n'a pas fait l'objet d'une investigation. Toutefois, comme relevé ci-dessus, ce qui compte ce sont les limitations fonctionnelles y liées et non pas le diagnostic précis. Il appartient au recourant d'entreprendre des investigations complémentaires. En tout état de cause, s'il devait présenter une lésion du ménisque, cette atteinte n'engendrerait pas une incapacité de travail notable. Certes, selon le Dr G_____, la capacité de travail du recourant n'est qu'entre 30 et 50 %. Cependant, le médecin traitant ne s'est pas clairement distancé du rapport d'examen du SMR et a admis qu'il fondait son appréciation également sur les plaintes alléguées. Au demeurant, il ne met en évidence aucune atteinte somatique qui aurait été ignorée par les médecins du SMR, si bien que la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de ceux-ci. e. Sur le plan psychique, les conclusions de la Dresse Q_____ sont en contradiction avec celles de la Dresse M_____, laquelle considère, d'une part, que le recourant était en incapacité de travail totale au moment où il l'avait consultée en mai 2014 et, d'autre part, que sa capacité de travail, depuis l'amélioration de son état de santé en 2016, est de 50 %, compte tenu également des atteintes somatiques. En ce qui concerne la période à compter de mai 2014, antérieure à l'examen du SMR, la Dresse Q_____ a dû se fonder sur les rapports médicaux de la Dresse M_____. Toutefois, elle s'en écarte, en retenant uniquement une incapacité de travail de 50 % entre le début de la prise en charge psychiatrique ambulatoire en 2014 et le mois de septembre 2016, lorsque le recourant a réussi son permis de chauffeur et trouvé un emploi à temps partiel dans ce métier, sans motiver les raisons pour lesquelles son évaluation de la capacité de travail diffère de celle de la psychiatre traitante. Selon cette dernière, l'état clinique du recourant était tel entre 2014 et 2016 que sa capacité de travail était nulle. Il présentait alors une perte d'élan vital, une thymie triste avec idée de mort passive. Il se sentait totalement inutile, se dévalorisait, présentait des idées de culpabilité, des troubles du sommeil et un état de tension avec une grande irritabilité. Il se sentait aussi anxieux et remuait beaucoup autour de sa situation et du sentiment d'échec de vie, la vision de son avenir était pessimiste, sans issue favorable. A cela s'était ajouté un conflit de couple lié au trouble dépressif. Son repli social était important et il restait enfermé dans un sentiment de honte et de dévalorisation, se sentant diminué et n'arrivant pas à faire le deuil de sa vie antérieure. Ses différents traitements médicamenteux n'avaient pas amélioré son état, certains antidépresseurs ayant été mal supportés et ayant dû être remplacés. Un avis spécialisé auprès de psycho-pharmacologues avait dû être pris pour mieux cibler les symptômes. Au vu des constatations de la Dresse

M_____, le diagnostic d'un épisode dépressif moyen à sévère paraît tout à fait plausible et les symptômes suffisamment graves pour engendrer une incapacité de travail totale, d'autant plus qu'un traitement antidépresseur médicamenteux efficace n'a pas pu être mis immédiatement en place, en raison d'effets secondaires considérables des premiers traitements. Il convient par ailleurs de considérer que le recourant s'est soumis au traitement et que sa compliance était optimale. Ses ressources étaient diminuées par les douleurs chroniques et le contexte social, à savoir une situation dans laquelle il se trouvait diminué dans ses capacités et n'avait pas trouvé un emploi. En effet, il s'est finalement avéré que son activité d'assistant administratif n'était pas adaptée. De surcroît, il n'avait pas réussi à se faire engager dans cette profession. Ses sentiments de dévalorisation et d'échec, ainsi que leur impact sur la thymie sont par conséquent très plausibles. Quant aux limitations fonctionnelles, la Dresse M_____ rapporte que le recourant était replié sur lui-même et que le trouble dépressif provoquait aussi des problèmes de couple. L'indicateur de la cohérence dans tous les domaines de vie doit donc également être admis dans les différents domaines de la vie. Cela étant, une incapacité de travail totale à partir de 2014 doit en principe être admise. En mai 2016, le recourant a commencé des cours de chauffeur et a certainement dû déjà faire les démarches avant cette date pour faire le choix de cette formation et s'y inscrire. Toutefois, selon le rapport du 23 mars 2017, le recourant a rencontré encore en 2016 des problèmes de couple qui ont engendré de fortes tensions et aggravé son état de santé. Cela étant, il y a lieu d'admettre une incapacité de travail totale selon toute vraisemblance jusqu'en mars 2016, puis à 50 % jusqu'à la fin de la formation de chauffeur. Dès octobre 2016 et la reprise du travail, il convient de suivre le médecin psychiatre du SMR en ce qu'elle a évalué la capacité de travail à 100%. En effet, même si la Dresse M_____ rapporte que l'état de santé du recourant reste fragile et que certains symptômes persistent, comme l'irritabilité, la tension nerveuse, les ruminations, la fatigabilité et les troubles du sommeil fluctuants, la Dresse Q_____ n'a pas pu objectiver des troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur du recourant lors de l'examen était euthymique et il n'y avait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de fatigue et d'augmentation de la fatigabilité. Sa libido est décrite comme normale. Le recourant n'a pas non plus verbalisé des idées suicidaires durant l'entretien. Certes, il présente quelques traits dépressifs, lorsque ses difficultés professionnelles sont abordées. Toutefois, ils restent discrets. La Dresse Q_____ n'a pas non plus objectivé d'angoisses permettant de retenir le diagnostic d'anxiété généralisée, même si le recourant est parfois préoccupé par ses difficultés professionnelles. Il s'agit néanmoins de traits anxieux discrets. Compte tenu de ce que le recourant peut travailler, même si ce n'est qu'à temps très partiel, fait de la marche et du vélo, ainsi que s'occupe du ménage, les conclusions de la Dresse Q_____ paraissent cohérentes avec la vie quotidienne du recourant. Quant aux ressources du recourant, elles sont diminuées par les comorbidités, à savoir les séquelles de son accident qui se manifestent régulièrement par des douleurs à l'épaule et au genou, ainsi que les crises d'arthralgies. Néanmoins, il y a lieu de reconnaître que le recourant dispose manifestement de ressources psychiques notables, ayant pu entreprendre par ses propres moyens une reconversion professionnelle. Sa famille constitue également un soutien important et il ne présente pas de trouble de la personnalité. Cela étant, la chambre de céans attribuée au rapport d'examen du SMR une pleine valeur probante, sauf en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail pour des problèmes psychiques dans le passé. Ainsi, il convient de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale de mai 2014 à mars 2015, puis de

50 % jusqu'en septembre 2016 et de 0% dès le mois suivant. 12. Reste à établir la perte de gain du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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'Enquête suisse sur la structure des salaires (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). Les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits en fonction 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).

13. En l'espèce, le calcul de la perte de gain de l'intimé dans une activité à 50% ne prête pas le flanc à la critique si ce n'est qu'il y a lieu d'admettre un abattement de 15% au vu du taux d'occupation partiel et des limitations fonctionnelles qui interdisent toute polyvalence. Toutefois, cela n'ouvre pas pour autant un droit à une rente d'invalidité supérieure à trois-quarts. En effet, le revenu avec invalidité à 50%, déterminé par l'intimé à CHF 33'226.50, s'élève avec un abattement de 15% à CHF 28'242.50, si bien que la différence entre ce revenu et le gain sans invalidité de CHF 75'509.- en 2014 est de 62,6%.

14. Dans une activité adaptée exercée à 100%, il y a également lieu d'admettre un abattement pour tenir compte des limitations fonctionnelles. La chambre de céans estime une réduction de 10% justifiée à ce titre. Partant, la différence entre le revenu sans invalidité en 2015 de CHF 75'935.- et le revenu avec invalidité de CHF 59'969.70 (90% de CHF 66'633.-) est de 21%.

a. En vertu des art. 28 al. 2 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 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.

b. En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande en avril 2015, de sorte que le droit à la rente prend naissance en octobre 2015. A ce moment, il était en incapacité totale de travailler. En avril 2016, son état de santé s'est amélioré avec le recouvrement d'une capacité de travail de 50%, amélioration qui doit être prise en compte après trois mois (art. 88aal. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). Ainsi, il peut prétendre à une rente d'invalidité entière d'octobre 2015 à juin 2016. Dès juillet jusqu'en décembre 2016, il a droit à un trois-quarts de rente.

15. Le recourant réclame également des mesures d'ordre professionnel.

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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI en vigueur dès le 1 er janvier 2008). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). 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'une 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et 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). b. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure

formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). c. La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid 5.1). 16. En l'occurrence, le recourant a déjà bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle dans l'activité d'assistant administratif. Toutefois, cette activité n'est finalement pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès lors qu'elle implique des mouvements incompatibles avec les séquelles que l'accident a laissées à l'épaule gauche. 17. Par ses propres moyens, le recourant a réussi à trouver une autre activité qui semble en large partie adaptée à ses limitations fonctionnelles, même si certains mouvements dans la conduite engendrent des douleurs. L'activité de chauffeur semble être la mieux adaptée, au niveau subjectif en particulier. En effet, le recourant ne sait pas dans quelle autre activité il aimerait se recycler. Devant la chambre de céans, il a déclaré qu'il préférerait le domaine de la conduite à un travail en milieu fermé. Dans le rapport d'examen du SMR, il est en outre indiqué qu'il y a un important risque de décompensation dépressive dans une activité de bureau, le recourant ayant travaillé toute sa vie à l'extérieur. Le recourant laisse entendre qu'un permis pour le transport de seize personnes lui ouvrirait plus de possibilités d'emploi. Par ailleurs, selon toute vraisemblance, il lui permettrait également d'améliorer son gain. En comparant son gain sans invalidité en 2015 avec celui qu'il pourrait réaliser dans le transport, sur la base des statistiques ressortant de l'ESS, il appert que sa perte de gain n'est que de 4,7 %. En effet, le salaire de référence dans le transport terrestre, par eau, aériens et entreposage est de 66'564.- par an (ESS 2014, tableau TA1, ligne 49-52). Il y a lieu de prendre en considération le fait que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41,7 heures), ainsi que de l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes des années 2014 [2136] et 2015 [2226]. Le revenu d'invalidité se monte alors à CHF 72'316.- (valeur 2015), ce qui donne une différence par rapport au gain de valide de CHF 75'935.- de 4,7 %. Cette perte de gain n'est pas suffisante pour donner droit à des mesures de réadaptation supplémentaires, même s'il faut reconnaître que c'est grâce aux seuls efforts du recourant que cette perte de gain est limitée à un taux si bas. Il n'en demeure pas moins que, du point de vue strictement légal, il ne peut prétendre à la prise en charge d'une formation supplémentaire pour améliorer son employabilité. 18. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière d'octobre 2015 à juin 2016 et à un trois-quarts de rente de juillet à décembre 2016. 18. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de

CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens.![endif]>![if> 19. Dès lors que l'intimé succombe, un émolument de justice de CHF 200.- sera mis à sa charge.![endif]>![if> ***
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

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