RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1557/2020 **ATAS/675/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 septembre 2023

Chambre 1

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Ana Rita PEREZ, avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, présidente ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____, né le _____ 1979 au Portugal et vivant en Suisse depuis octobre 2007, a occupé divers emplois, dans la boulangerie, comme peintre électrostatique et comme déménageur.

b. Le 20 novembre 2008, il a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) visant la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle et l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait d'une tumeur au genou droit et d'une « rotule à reconstruire ».

c. Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 7 février 2009 au 30 novembre 2010. Il lui reconnaissait une capacité de travail nulle dans l'activité de déménageur, mais entière dans une activité adaptée dès septembre 2010, de sorte que trois mois après, son droit à la rente s'éteignait.

d. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) l'a confirmée par arrêt du 17 janvier 2012 (ATAS/25/2012).

e. Une mesure d'aide au placement a été mise en place dès le 14 novembre 2011.

f. Le 24 avril 2012, un rapport a été établi par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) relevant que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise ou debout, lui laissant la possibilité d'alterner à sa guise les positions de travail. Cependant, celui-ci s'était plaint de ne pas tenir la position assise ou debout plus de quelques minutes d'affilée, à cause de douleurs au genou, qui avait beaucoup gonflé durant la période en atelier. Du fait qu'il n'avait pas été possible de savoir quand une éventuelle opération aurait lieu et d'obtenir des informations supplémentaires sur l'état de santé de l'assuré, le mandat avait été prolongé pour un stage à l'atelier de réentraînement, afin de vérifier si une activité proche de l'industrie légère en position essentiellement assise était adaptée. Selon les conclusions du rapport, la capacité de travail de l'assuré n'était alors pas exploitable sur le marché économique ordinaire et le resterait tant que l'assuré ne pourrait pas médicalement assumer une activité plus importante qu'un mi-temps. Aussi, en accord avec l'OAI, il avait été décidé que l'assuré sortait des effectifs des EPI au terme de son mandat, soit le 1er avril 2012.

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

B. **a.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 20 août 2012.

b. Par décision du 22 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

c. Par arrêt du 25 mars 2014 (ATAS/428/2014), la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré contre ladite décision, annulé celle-ci et renvoyé la

cause à l'OAI pour instruction sur la capacité de travail, détermination du degré d'invalidité et décision sur son droit aux prestations de l'AI. Même si la récidive d'une synovite villonodulaire du genou droit, alléguée par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, n'impliquait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps, selon le rapport établi par les EPI le 24 avril 2012, l'exercice d'une activité à plein temps, même adaptée, avait eu pour effet, après une semaine seulement, que le genou avait recommencé à gonfler. D'un point de vue médical, l'état était instable et selon les médecins, malgré les opérations subies et à venir, la tumeur au niveau du genou avait tendance à revenir, de sorte qu'il était difficile de définir à quel moment son état pourrait se stabiliser. Aussi, même si aucune aggravation notable n'avait en l'état été mise en évidence sur la base des documents médicaux versés au dossier, il résultait de l'observation en atelier, laquelle s'était déroulée en grande partie postérieurement à l'arrêt du 17 janvier 2012, que le rendement de l'assuré dans une activité adaptée, exercée qui plus est à mi-temps seulement, ne dépassait pas 60%. Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle divergeait sensiblement de l'appréciation médicale, il incombait à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. L'assuré avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé, et l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer notamment les conséquences des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail.

d. Faisant suite à cet arrêt, l'OAI a interrogé la docteure B_____, médecin-cheffe de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Par courrier du 15 septembre 2014, celle-ci a indiqué que l'assuré était connu pour une synovite villonodulaire diffuse du genou droit, opérée en février 2009, avec récidives ayant nécessité une seconde opération en juillet 2010, puis une troisième en mai 2014 lors de laquelle avait été effectuée une synovectomie totale du genou droit par arthrotomie antérieure et postérieure. Quatre mois après cette intervention, l'assuré récupérait progressivement ses mobilités articulaires, mais présentait une amyothrophie majeure de tout le membre inférieur droit, l'obligeant à marcher avec une canne. Dans ce contexte, il ne pourrait a priori pas reprendre son travail de déménageur. Une reconversion professionnelle et éventuellement un stage à la Clinique romande de réadaptation étaient préconisés d'ici quelques mois, la situation n'étant actuellement pas stabilisée.

e. Le docteur C_____, orthopédiste, a indiqué le 26 septembre 2014 que l'assuré souffrait d'une synovite villonodulaire du genou droit depuis 2008 et qu'il était incapable de travailler à 100% depuis le 7 février 2008, précisant que le pronostic était mauvais et qu'il y avait « handicap à vie ! ».

f. Le 17 octobre 2014, le SMR a rappelé que selon la Dre B_____, la situation n'était pas stabilisée. Il a dès lors suggéré qu'un nouveau rapport complet lui soit demandé.

g. Le 20 janvier 2015, la Dre B_____ a informé l'OAI que suite à la dernière intervention du 13 mai 2014, des douleurs diffuses et une limitation fonctionnelle persistaient. Le risque de récidive était important et l'incapacité de travail était évaluée à 100% dès le 13 mai 2014 pour une durée indéterminée. L'assuré ne pouvait pas rester en position statique debout ou assise et le périmètre de marche était de quinze minutes au maximum. L'activité exercée n'était plus exigible. Une activité adaptée était possible, mais probablement à temps partiel, sans port de charges, dès mai 2015. Elle a proposé que soit mis en place un stage à la Clinique romande de réadaptation à Sion pour évaluer quelle reconversion professionnelle était possible, précisant que le patient était motivé.

h. Dans une note du 22 juin 2015, le SMR a indiqué, après avoir pris connaissance du rapport de la Dre B_____ du 20 janvier 2015, ne pas comprendre les raisons médicales à la limitation de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée. Il a considéré qu'il était nécessaire de demander une expertise rhumatologique auprès du docteur D_____, médecin interne et rhumatologue FMH, dans le cadre du SMR.

i. Celui-ci a effectué un examen clinique rhumatologique le 12 octobre 2015, avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise. Il a retenu les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de :

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

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

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

Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : « Favoriser un travail sédentaire sur la demi-journée. Nécessité de pouvoir alterner deux à trois fois par

heure la position assise et la position debout. Pas de génuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus de vingt minutes. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de soulèvement ou de ports réguliers de charges d'un poids de plus de 8 kg ».

Dans l'activité habituelle de déménageur, la capacité de travail était nulle depuis le 7 février 2009. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était nulle du 7 février 2009 au 30 août 2010, entière du 30 août 2010 à début 2012, de 50% de début 2012 à mai 2014 et entière de mai à octobre 2014. À partir d'octobre 2014, soit six mois après l'intervention chirurgicale, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée.

j. Dans une note du 16 décembre 2015, le SMR a considéré que l'expertise du Dr D_____ était convaincante et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions, selon lesquelles la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de déménageur et de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

k. Le 15 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement sous forme de permis professionnel / transport professionnel de personnes TPP/B121 théorique du 9 avril au 8 juillet 2016. Cette prise en charge a été prolongée jusqu'au 30 avril 2017, accompagnée de cours intensifs de français du 23 janvier au 7 avril 2017.

l. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré le 11 mai 2017, en se fondant sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 47'361.- (soit le salaire annuel de déménageur 2010 réactualisé en 2016) et un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 31'227.-, selon l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS) pour l'année 2014, secteur privé, pour un homme exerçant dans le domaine du transport, dans une activité de niveau 2, sur la base d'un taux d'activité de 50%.

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

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

Selon le rapport final du service de la réadaptation de l'OAI du 29 août 2017, l'assuré n'avait pas pu développer les compétences linguistiques et de compréhension pour réussir le permis B121, mais avait passé avec succès le B122, lequel lui suffisait pour confirmer son projet professionnel de chauffeur de bus scolaire. L'assuré avait déjà déposé son dossier professionnel en ce sens auprès du

département de l'instruction publique (DIP) et du groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (GIAP). Aussi le mandat de réadaptation professionnelle avait-il été fermé et l'assuré se voyait-il proposer de s'inscrire au chômage.

m. Par décision du 10 janvier 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente du 1er mai au 31 juillet 2014 et le droit à une rente entière du 1er août au 31 décembre 2014, précisant que des mesures professionnelles complémentaires n'étaient pas indiquées. En revanche, du 1er décembre 2010 au 30 avril 2014 et à partir du 1er janvier 2015, ainsi qu'à l'issue de la mesure de reclassement professionnel, le droit à la rente ne lui était pas reconnu en raison de degrés d'invalidité insuffisants. Pour ce faire, il s'est fondé sur l'examen clinique rhumatologique du Dr D_____ du 12 octobre 2015, selon lequel la capacité de travail était nulle de mai à octobre 2014. Dès octobre 2014, soit six mois après l'intervention chirurgicale, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. L'OAI s'est également référé à la note du 16 décembre 2015 du SMR, retenant que dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail était de 50%. Il a relevé que le revenu effectivement réalisé ne pouvait pas être pris en compte pour fixer le salaire d'invalide, puisque l'assuré travaillait à 40% depuis le 1er octobre 2017 et qu'il ne mettait ainsi pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible de 50%. C'était la raison pour laquelle il s'était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Il a également retenu, après reclassement, la catégorie transports correspondant à l'ESS, alors que pour les périodes antérieures au reclassement professionnel, l'application de la ligne relative au domaine du transport ne se justifiait pas. Il a ajouté, s'agissant du taux d'abattement, que le fait que l'assuré ne maîtrisait pas la langue française ne constituait pas un motif de réduction, les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte, le reclassement avait été effectué avec succès et permettait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%.

n. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre des assurances l'a partiellement admis par arrêt du 5 février 2019 (ATAS/91/2019), confirmant la décision en tant qu'elle portait sur le droit de l'assuré à un quart de rente du 1er mai au 31 juillet 2014 et à une rente entière du 1er août au 31 décembre 2014, l'annulant en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 décembre 2014 et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la capacité de travail à compter d'octobre 2014, le droit à une rente au-delà du 31 décembre 2014 et pour nouvelle décision.

Elle a en substance considéré qu'il paraissait vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que l'assuré subisse des rechutes en raison de son activité de chauffeur, activité dans laquelle l'OAI l'avait reclassé. Il ressortait notamment du rapport du 12 octobre 2015 du Dr D_____ que l'activité de chauffeur n'était pas tout à fait indiquée, au vu du fait que l'assuré devait utiliser son genou droit pour

freiner, ce qui rendait difficile un tel métier et qu'une telle activité n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique. En outre, le Dr D_____ relevait que l'assuré arrivait à rester assis sans se lever pendant une demi-journée, mais qu'après ce laps de temps il avait beaucoup de difficultés à se lever et son genou droit était tuméfié.

o. En exécution de l'arrêt précité, l'OAI a interpellé l'assuré par pli du 18 avril 2019, afin qu'il lui communique des informations sur sa situation familiale, professionnelle et médicale depuis janvier 2015.

p. Le 30 avril 2019, l'employeur de l'assuré a adressé à l'assurance-accidents SUVA une déclaration de sinistre dans laquelle il expliquait que le 15 avril 2019, l'assuré s'était tordu le genou en descendant des escaliers.

Un arrêt complet de travail a été prescrit dès le 17 avril 2019 par la docteure E_____, médecin cheffe au service de premier recours des HUG. Cet arrêt a par la suite été renouvelé à plusieurs reprises et jusqu'au 31 août 2019 par les docteurs F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G_____ et H_____, médecins internes aux HUG.

q. Selon le rapport du 9 mai 2019 des docteures I_____ et J_____, radiologues aux HUG, l'IRM du genou droit avait mis en évidence des critères de micro instabilité de la lésion ostéochondrale condylienne fémorale interne avec apparition de lésions kystiques et d'un œdème osseux expliquant la symptomatologie douloureuse actuelle. La synovite villonodulaire pigmentée multifocale était stable avec des signes de synovite, de même que les autres lésions chondrales condyliennes internes stade 2-3.

r. Selon le rapport du 4 juin 2019 du docteur F_____, l'assuré avait subi le 29 mai 2019 une nouvelle intervention chirurgicale du genou droit, en raison d'une fracture ostéochondrale du condyle fémoral interne, intervenue le 15 avril 2019.

s. Par formulaire complété et transmis à l'OAI le 24 septembre 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir constaté, le 27 août 2019, une bonne évolution fonctionnelle, suite à l'opération du 29 mai 2019. À titre de restrictions fonctionnelles, l'assuré présentait une limitation de l'amplitude articulaire ainsi que des douleurs articulaires initiales et post-opératoires et devait éviter tout impact et port de charges lourdes. La capacité de travail était « à essayer » à 50% à partir du 1er septembre 2019.

En outre, le Dr F_____ renvoyait à son rapport du 22 mars 2017, selon lequel l'assuré s'était à nouveau plaint, lors de la consultation du 15 mars 2017, de douleurs péri-patellaires et du creux poplité lors de l'activité quotidienne, mais également au repos ou à la simple mobilisation du genou. Le genou était alors non tuméfié avec une mobilité de flexion-extension à 90-0-0°, le [patella tracking] se montrait correct, de même que l'examen clinique au niveau stabilité et il n'y avait

pas de signe méniscal. La possibilité d'un traitement chirurgical était très limitée étant donné qu'il était à la troisième récidive post-opératoire.

t. Par rapport du 14 octobre 2019, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, en remplacement du Dr C_____, que l'assuré avait repris son travail le 1er septembre [2019] comme chauffeur à 40%, mais avait été licencié le 24 septembre [2019]. L'assuré décrivait une inflammation chronique de son genou droit survenant lors de la conduite prolongée et de la marche dépassant 30 minutes. Le traitement comprenait de l'Ibuprofène et du Dafalgan et il n'y avait pas de physiothérapie en cours. L'assuré était très démonstratif et boitait lors de la marche. Le genou droit était déformé et présentait un [épanchement intra-articulaire +, extension complète avec recurvatum symétrique de 15°, flexion maximale à droite de 110°, battement latéral +, symétrique]. Les diagnostics étaient une synovite villonodulaire et un status après fracture osthéochondrale du condyle interne du fémur droit. L'évolution de ces deux pathologies était défavorable, l'assuré était toujours symptomatique et le traitement était en mains des HUG. L'assuré ne pouvait pas marcher plus de 30 minutes, la conduite automobile était limitée, il ne pouvait ni se baisser, ni se relever, et encore moins avec des charges. L'assuré avait tenté une reprise de l'activité de chauffeur à 40%, qui s'était avérée pénible, mais néanmoins possible. À l'heure de rédaction du rapport, cette activité semblait irréalisable à un taux supérieur. Il était possible d'imaginer une capacité de travail de 100% dans une activité épargnant complètement le genou et permettant à l'assuré de bouger son membre inférieur droit.

u. Par avis du 21 octobre 2019, le SMR a estimé, sur la base des rapports des Drs F_____ et K_____, qu'il fallait s'en tenir à ses conclusions précédentes et considérer que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et qu'elle était de 50% dans toute activité les respectant strictement (activités essentiellement sédentaires), hormis durant le mois post-opératoire, soit le mois de juin 2019.

v. Par projet de décision du 19 novembre 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014.

A la suite de l'arrêt de la chambre des assurances du 5 février 2019, l'OAI avait procédé à une instruction complémentaire pour examiner le droit à la rente au-delà du 31 décembre 2014. Or, après complément d'instruction médicale, il ressortait que ses précédentes conclusions restaient identiques, de sorte qu'il fallait considérer que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et qu'une capacité de travail de 50% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles restait toujours admise. La perte de gain était donc équivalente à 34%, soit un taux

inférieur au 40% ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

w. Le 9 janvier 2020, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. L'OAI ne pouvait pas confirmer sa position puisqu'il avait subi de nombreuses rechutes et une nouvelle intervention chirurgicale le 29 mai 2019. Sa situation n'avait donc pas évolué favorablement. Le Dr K_____ avait constaté une déformation du genou droit, ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et, selon lui, l'évolution était défavorable et la conduite automobile était limitée, de sorte que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle à plus de 40% en qualité de chauffeur. Bien que le Dr F_____ avait considéré qu'il pourrait reprendre son activité dès le 1er septembre 2019 et qu'il avait effectivement repris son travail à cette date, il avait perdu son emploi en raison de nombreuses absences liées à ses problèmes de santé. En outre, à la suite de cette reprise, il avait subi une nouvelle aggravation de son état de santé. Les premières constatations recueillies auprès de ses médecins à la suite de l'IRM effectuée en décembre 2019, étaient qu'il n'y avait plus aucune mesure chirurgicale qui pouvait être proposée et seule la pose d'une prothèse pourrait améliorer ses importantes limitations fonctionnelles. Il requérait un complément d'instruction quant aux constatations tirées des examens effectués en décembre 2019 et indiquait être disposé à effectuer de nouvelles mesures de reclassement, puisque l'activité de chauffeur n'était clairement plus adaptée.

x. Par courrier du 5 février 2020, l'assuré a produit une copie du rapport IRM du 2 décembre 2019 des docteurs L_____ et M_____, radiologues aux HUG. Selon les conclusions de ce rapport, l'assuré présentait un status post-résection de fragment ostéochondral instable du condyle fémoral interne avec chondropathie de grade IV résiduel à ce niveau, s'étendant sur 13 mm sur le plan coronal. L'œdème osseux adjacent avait disparu. La synovite villonodulaire multifocale était globalement stable, de même que les autres lésions chondrales condyliennes internes et fémoro-patellaire.

y. Par avis du 11 mars 2020, le SMR a estimé que ce rapport d'IRM confirmait la stabilité des atteintes avec une résorption de l'œdème osseux, de même que l'amélioration de la répercussion au niveau osseux. Il fallait ainsi s'en tenir aux conclusions précédentes des avis du SMR des 21 octobre 2019 et 16 décembre 2015.

z. Par avis du 24 mars 2020, le service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités simples et légères, accessibles sans aucune formation particulière et respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, tels que surveillant de cantines scolaires, ouvrier sériel à l'établi, polisseur, emboîteur, contrôleur en salle blanche dans l'industrie légère, coursier, etc., et que des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage.

aa. Par décision du 28 avril 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, rejetant la demande de prestations de l'assuré au-delà du 31 décembre 2014.

C. **a.** Par acte du 2 juin 2020, le recourant a interjeté recours contre cette décision. Il a préalablement conclu à ce que soit ordonnée une expertise orthopédique et rhumatologique indiquant clairement l'évolution et les fluctuations de son état de santé et leur influence sur sa capacité de travail dans l'activité adaptée et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 1er janvier 2015, étant précisé que l'incapacité de travail avait peut-être fluctué durant cette période et jusqu'à son recours. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelles mesures d'instruction et décision dans le sens des considérants.

Contrairement à ce qui avait été ordonné par la chambre de céans par arrêt ATAS/91/2019 du 5 février 2019, l'intimé n'avait pas suffisamment investigué la question de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles depuis mai 2014 et son évolution jusqu'à ce jour.

Suite à son intervention de mai 2014, la Dre B_____ avait estimé qu'une longue récupération était nécessaire et que l'on ne pouvait pas retenir de capacité de travail avant mai 2015. En réalité, en mai 2015, il n'avait toujours pas récupéré, puisqu'il se déplaçait encore au moyen de béquilles, devait régulièrement subir des ponctions de genou et suivre des séances de physiothérapie, avait séjourné plusieurs fois à l'hôpital et dû porter régulièrement une attelle, l'incapacitant ainsi dans toute activité professionnelle, même adaptée et à temps partiel. Le Dr D_____ ne motivait pas dans son rapport d'expertise pourquoi le mois d'octobre devait être retenu comme la date à laquelle il avait récupéré 50% de sa capacité de travail. Au contraire, les quelques éléments médicaux attestaient d'une récidive à cette période, qui s'était même aggravée jusqu'à l'IRM du 25 janvier 2017. Il avait retrouvé un emploi en tant que chauffeur depuis le mois d'octobre 2017, mais ses limitations fonctionnelles l'avaient empêché de travailler à plus de 40% et à la suite de nombreuses absences liées à son état de santé, il avait perdu cet emploi en septembre 2019. Il avait par la suite retrouvé du travail en qualité de magasinier, mais avait récemment perdu cet emploi en raison de la crise économique liée à la pandémie. Diverses aggravations de son état de santé avaient été constatées depuis 2018, mais n'avaient pas été correctement prises en considération par l'intimé. Malgré tous ses efforts, ses rechutes compromettaient sévèrement sa réinsertion dans le marché du travail.

En outre, l'intimé lui avait refusé à tort le droit à des mesures d'ordre professionnel, puisque l'activité pour laquelle il avait financé sa reconversion en qualité de chauffeur professionnel n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Enfin, il fallait retenir le revenu effectivement réalisé à titre de revenu avec invalidité et non un revenu hypothétique.

b. Par réponse du 13 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire et le recourant ne remplissait manifestement pas les conditions à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

c. Le 16 novembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le SMR n'avait pas tenu compte de son incapacité de travail entre le 29 mai et le 1er septembre 2019, se contentant de retenir une incapacité d'un mois post-opératoire, ce qui allait à l'encontre des certificats émanant des chirurgiens et médecins traitants. Bien que le Dr K_____ ait confirmé qu'il ne pouvait pas exercer l'activité de chauffeur au-delà de 40%, le SMR retenait que la capacité de travail était toujours nulle dans une activité adaptée ne respectant pas les limitations fonctionnelles déjà retenues et de 50% dans toute activité les respectant strictement. L'instruction complémentaire par l'intimé était lacunaire. On ne trouvait notamment aucun document étayé permettant de répondre de manière claire à la question de savoir si l'activité de chauffeur - pour laquelle l'intimé l'avait reclassé - était adaptée. En outre, depuis son licenciement à la fin de l'année 2019, il n'avait pas pu reprendre ladite activité. Suite à l'instruction menée par l'intimé, plusieurs questions sur son état de santé, essentielles pour déterminer son degré d'invalidité et son droit à la rente, demeuraient sans réponse, de sorte qu'il s'étonnait que l'intimé n'ait pas jugé bon d'ordonner une expertise orthopédique et rhumatologique.

d. Dans sa duplique du 7 décembre 2020, l'intimé a maintenu sa position, considérant que son instruction avait été menée à satisfaction de droit.

e. Le 29 juin 2021, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise orthopédique et rhumatologique et leur a communiqué le nom des experts, soit la docteure N_____, orthopédiste FMH, et le docteur O_____, rhumatologue FMH, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser.

f. Les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation ni d'autres questions qu'elles souhaitaient voir poser.

g. Par arrêt du 4 novembre 2021, la chambre des assurances a fixé la mission d'expertise.

h. Les Drs N_____ et O_____ ont rendu leur rapport d'expertise effectif le 9 septembre 2022 et effectué une appréciation consensuelle.

La capacité de travail médico-théorique dans l'activité de déménageur, magasinier, travailleur du bâtiment ou chauffeur avec port de charge est nulle depuis février 2008 de manière permanente. Dans l'activité inadaptée de chauffeur sans port de charge, elle est de 50% avec une baisse de rendement de 10% depuis la même date et de façon permanente, sous réserve d'une évaluation médico-légale par un médecin expert du trafic.

Il existait une capacité de travail à temps partiel à 50% de mai 2015 à avril 2019, en dehors des exacerbations aigues ayant causé des incapacités de travail complètes mais transitoires pendant cette période. L'assuré avait ensuite souffert d'une aggravation de son ostéochondrite disséquante connue depuis 2010, qui avait provoqué une incapacité de travail complète dans toute activité dès le 18 avril 2019. La capacité de travail était ensuite de 50% dès le 1er septembre 2019 dans toute activité, puis, dès le 14 octobre 2019, une incapacité de travail de 60% dans l'activité inadaptée de chauffeur et de 0% dans une activité adaptée. La situation était stable du point de vue médico-assecurilogique depuis le 14 octobre 2019 à ce jour pour une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%.

Il convenait, selon le type de poste occupé dans une activité adaptée de retenir une baisse de rendement de 10% pour permettre les changements de position cas échéant.

i. Le 4 octobre 2022, l'OAI, après avoir demandé au SMR de prendre connaissance de l'expertise pour examen, lequel estimait que le rapport était convaincant et que les conclusions consensuelles des experts pouvaient être suivies, a conclu à l'octroi d'une rente, limitée dans le temps, échelonnée de la manière suivante :

- Rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% prolongée au-delà du 31 décembre 2014 jusqu'au 30 août 2015,
- Quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 43% du 1er septembre 2015 au 31 juillet 2019, compte tenu d'une capacité de travail de 50% avec baisse de rendement de 10% et abattement de 10%,
- Rente entière fondée sur un degré de 100% du 1er août 2019 au 30 novembre 2019,
- Dès le 1er décembre 2019, aucune rente dès lors que le taux d'invalidité est inférieur à 40%.

Il a joint l'avis médical du SMR du 3 octobre 2022, selon lequel la capacité de travail dans l'activité de déménageur, chauffeur avec port de charge n'était plus exigible depuis février 2008. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du genou, la capacité de travail était de 0% dès le 13 mai 2014, de 50% dès le 13 mai 2015, de 0% dès le 18 avril 2019, de 50% dès le 1er septembre 2019 et de 100% dès le 14 octobre 2019. Selon l'activité adaptée, une baisse de rendement de 10% en raison de la nécessité d'alternance des positions pouvait être retenue.

j. Le 5 janvier 2023, l'assuré a conclu à la révision de la décision rendue le 6 septembre 2011 par l'OAI, confirmé par arrêt de la chambre des assurances du 17 janvier 2012, à l'allocation d'une rente entière de février 2009 à août 2015 et entre avril 2019 et janvier 2020, ainsi que d'une rente à déterminer, tenant compte

d'une incapacité de travail à 50% avec un abattement de 10 % de septembre 2015 à mars 2019. Subsidiairement, il a conclu à l'allocation des conclusions prises dans son recours du 2 juin 2020.

Les conclusions de l'expert pouvaient être suivies, étant relevé qu'il avait argumenté de façon suffisante et convaincante le fait que l'activité dans laquelle le recourant avait été formé par l'OAI était inadaptée à son état de santé et ne pouvait être exigée de lui. La conclusion paraissait évidente sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise en médecine du trafic. Compte tenu de l'évaluation globale de son état médical et des nouveaux éléments médicaux, il convenait de procéder à une révision de la décision de l'OAI du 6 septembre 2011, sur la base des nouvelles constatations des experts. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, les salaires moyens obtenus pas un chauffeur professionnel ne pouvaient pas être repris, cette activité ayant été jugée non adaptée dans l'expertise.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la chambre des assurances, de la recevabilité du recours ayant que du droit applicable ont d'ores et déjà été examinées dans l'arrêt ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021. Il n'y sera pas revenu sous réserve de l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne la poursuite de l'allocation de rente dont le droit serait potentiellement né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

2. Est litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant au-delà du 31 décembre 2014, plus particulièrement sur la capacité de travail depuis octobre 2014.

À titre liminaire, il sied de relever que, dans ses déterminations après expertise, l'intimé a partiellement revu sa position, retenant finalement que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas exigible avant le mois de septembre 2015.

Cette position est fondée sur l'expertise du 6 septembre 2022, elle-même fondée sur le rapport médical du Dr B_____, et paraît justifiée. Dans la mesure où les deux parties convergent sur ce point, il convient de l'admettre.

Elles divergent en revanche de quelques semaines quant aux dates d'évolution de la rente et de la fin de son allocation.

2.1 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 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88*a* al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec

effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

2.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

4.

4.1 Les parties s’accordent à octroyer une pleine valeur probante au rapport d’expertise judiciaire du 6 septembre 2022. Cette expertise, étayée et convaincante, emporte la conviction de la chambre de céans, qui retiendra donc une capacité de travail de 50% de mai 2015 à avril 2019, nulle dès le 18 avril 2019, de 50% dès le 1er septembre 2019, de 40% dans une activité non adaptée dès le 14 octobre 2019 et de 100% dans une activité adaptée. Aucune des parties ne remet non plus en question le constat des experts selon lequel la situation était stable du point de vue médico-assécurologique depuis le 14 octobre 2019 dans ladite capacité de travail.

4.2 Il reste à examiner le taux d’invalidité.

L’intimé, considérant que les revenus sans et avec invalidité devaient être fixés sur la base d’une comparaison en pour-cent, a retenu que la perte de gain du recourant se confondait avec l’incapacité de travail, totale pour une période prolongée du 31 décembre 2014 au 30 août 2015, partielle pour la période du

1er septembre 2015 au 31 juillet 2019, à nouveau totale du 1er août 2019 au 30 novembre 2019, mais nulle à compter du 1er décembre 2019, justifiant qu'il soit mis fin à la rente avec effet dès cette date.

Le recourant ne conteste pas la méthode d'évaluation de l'invalidité choisie par l'intimé, singulièrement le procédé consistant à faire correspondre sa perte de gain à son incapacité de travail, en faisant une comparaison en pour-cent. Ce choix ne prête pas non plus le flanc à la critique dans le cas particulier.

Les parties divergent toutefois s'agissant de la date à laquelle la rente devait être adaptée puis supprimée.

En considérant que l'assuré avait droit à une rente entière prolongée du 31 décembre 2014 au 30 août 2015, la capacité de travail ayant été évaluée à 0% jusqu'au 13 mai 2015, soit une adaptation après trois mois, l'état de santé n'étant pas stable, l'OAI a fait une application des principes rappelés ci-dessus (cf. consid. 2.1), ce que l'assuré ne conteste d'ailleurs pas.

Les mêmes principes doivent s'appliquer pour les autres périodes examinées, soit du 1er septembre 2015 au 31 juillet 2019 et dès le 1er août 2019. L'assuré ne conteste pas que son état de santé était stable d'un point de vue médico-assécurilogique, justifiant une adaptation immédiate de sa rente, jusqu'au 30 novembre 2019. A partir de cette dernière date, l'expert a considéré que tel était le cas et l'assuré n'explique pas en quoi cet avis ne pourrait être suivi.

Partant, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que le degré d'invalidité, de 0% dès le 1er décembre 2019, ne permettait pas de maintenir au-delà du 30 novembre 2019 la rente entière d'invalidité allouée dès le 1er août 2019.

Par ailleurs, le recourant ne remettant pas non plus en question, comme vu plus haut, la méthode d'évaluation de l'invalidité choisie par l'intimé, laquelle ne prête pas le flanc à la critique, c'est à bon droit que l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 43% du 1er septembre 2015 au 31 juillet 2019, tenant compte d'une capacité de travail de 50% avec baisse de rendement de 10% et abattement de 10%, pour octroyer un quart de rente au recourant s'agissant de cette période.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours ~~doit être rejeté~~ ***est partiellement admis**. **Rectification d'une erreur matérielle art 85 LPA le 21.12.2023/MOV/wmh**

6. Reste encore à se prononcer sur les frais d'expertise.

6.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi

apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

6.2 Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

6.3 En l'espèce, les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

7. Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. ~~Le rejette~~ *** l'admet partiellement. Rectification d'une erreur matérielle art 85 LPA le 21.12.2023/MOV/wmh**
3. **Au verso**
4. **Au verso**
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 12'485.-, selon la facture du 9 septembre 2022 du docteur O_____ de CHF 8'435.-, ainsi que de la facture reçue le 22 septembre 2022 de la docteure N_____ de CHF 4'050.-, à la charge de l'Etat.
6. **Au verso**
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge ~~du recourant~~ *** de l'intimé**. **Rectification d'une erreur matérielle art 85 LPA le 21.12.2023/MOV/wmh**
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Stefanie FELLER	Fabienne MICHON RIEBEN

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

3. **Annule la décision de l'intimé du 28 avril 2020***

4. Dit que le recourant a droit à :

- une rente entière d'invalidité du 1er janvier au 30 août 2015*
- un quart de rente d'invalidité du 1er septembre 2015 au 31 juillet 2019*
- une rente entière d'invalidité du 1er août au 30 septembre 2019*

6. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à charge de l'intimé*

***Rectification d'une erreur matérielle art 85 LPA le 21.12.2023/MOV/wmh**