

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1592/2012

ATAS/1400/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur F_____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Roman SEITENFUS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1958, a travaillé en Suisse dès 2002 en tant que maçon et nettoyeur, réalisant un revenu mensuel total d'environ 5'650 fr. par mois.
2. Selon le compte individuel de l'assuré, son revenu auprès de la société X_____ SA, employeur principal, a été de 60'923 fr. en 2006. S'y ajoutait le revenu accessoire de 5'627 fr. auprès Y_____ SA.
3. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 22 mars 2007 en raison de douleurs au genou.
4. Le 3 avril 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une tomodensimétrie thoracique qui a révélé des adénopathies médiastinales dans la fenêtre aortico-pulmonaire ainsi qu'à la hauteur des hiles, des bronches à parois épaissies avec infiltrat interstitiel et une stéatose hépatique de sévérité moyenne.
5. Le 4 juillet 2007, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à l'expertise de l'assuré sur mandat de l'assurance d'indemnités journalières pour maladie. Dans son rapport du 6 juillet suivant, ce médecin a retracé l'anamnèse sociale et professionnelle de l'assuré et relaté ses plaintes, qui portaient sur des crises de dyspnée essentiellement nocturnes et d'importantes douleurs au niveau du genou droit. Après un examen clinique, le Dr M_____ a retenu que l'assuré présentait une gonarthrose droite avancée avec répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un diabète de type II, une broncho-pneumopathie obstructive chronique et une obésité, ces atteintes étant sans incidence sur la capacité de travail. Dans son appréciation, le médecin a noté que l'absence de connaissance du français rendait des mesures de réadaptation très difficiles. La gonarthrose droite justifiait à elle seule l'arrêt de travail, l'activité de maçon étant incompatible avec l'état du genou de l'assuré. L'incapacité de travail était artificiellement prolongée par les délais d'attente considérables pour une opération, qui ne pourrait être réalisée avant l'automne 2007 et serait suivie d'une convalescence d'au moins trois mois. L'assuré n'était pas capable de se déplacer mais devrait pouvoir exercer une activité plus légère telle dans la surveillance, la gestion du matériel de chantier etc.
6. Le 13 décembre 2007, le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré à la demande de l'assurance d'indemnités journalières pour maladie. Il a résumé le dossier médical, en précisant qu'il n'avait pas eu accès aux documents d'imagerie, et a établi l'anamnèse de l'assuré. Celui-ci souffrait de gonalgies droites à prédominance interne, diurnes et nocturnes, majorées par la marche, particulièrement la montée et la descente des escaliers. L'assuré se plaignait également de tuméfactions de cette articulation avec une limitation du périmètre de marche à 30 minutes au maximum. A l'issue d'un examen clinique, le Dr N_____ a retenu les diagnostics de gonalgies droites

sur gonarthrose dans le contexte d'un genou varus important et d'obésité avec incidence sur la capacité de travail, ainsi que de diabète de type II et d'hypercholestérolémie, lesquels n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. L'arrêt de travail était justifié au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique et il était nécessaire de procéder rapidement à une ostéotomie de valgisation. L'assuré présentait une boiterie à la marche et de très importantes douleurs à la mobilisation, bien corrélées apparemment à l'examen radiologique. L'incapacité de travail était totale mais pourrait être améliorée par l'ostéotomie. L'assuré pourrait diminuer le dommage en s'astreignant à un régime qui devrait contribuer à soulager ses douleurs. Une réadaptation n'était pour l'heure pas indiquée mais dépendrait de l'ostéotomie. L'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité impliquant des déplacements et pourrait tout au plus travailler à temps complet face à une machine ou sur un atelier.

7. Le 28 avril 2008, l'assuré a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente et d'un reclassement auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant une gonarthrose du genou droit depuis une année.
8. Dans son rapport du 21 mai 2008, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a indiqué que la gonarthrose avait été opérée par valgisation le 18 mars 2008, mais que l'assuré avait encore mal. L'incapacité de travail restait totale.
9. Dans un questionnaire rempli le 5 juin 2008, la société Y_____ SA a indiqué qu'elle avait employé l'assuré en qualité de nettoyeur du 1^{er} avril 2006 au 31 janvier 2008, date de la résiliation des rapports de travail pour cause de maladie. Il était occupé à raison de 10 heures par semaine pour un salaire horaire de 19 fr. 96, indemnités pour vacances et jours fériés incluses.
10. Par communication du 9 juin 2008, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme d'un cours de français.
11. Dans un questionnaire rempli le 5 juin 2008, la société X_____ SA, employeur principal de l'assuré, a indiqué que celui-ci percevrait sans atteinte à la santé un revenu de 4'950 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2008.
12. Dans un certificat du 28 juillet 2008, le Service de cardiologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) a attesté que l'assuré suivra un programme de réadaptation cardiovasculaire ambulatoire du 27 août au 8 octobre 2008, nécessitant sa présence tous les matins à l'hôpital.
13. Dans un rapport du 2 septembre 2008, le Dr P_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé pour une occlusion de la coronaire droite transitoire avec un petit infarctus. Il était actuellement en phase de

réadaptation et se plaignait de douleurs thoraciques respiro-dépendantes pouvant durer jusqu'à une demi-heure. Il était limité dans les exercices en raison de son opération de valgisation du tibia droit. L'occlusion n'avait eu aucune conséquence fonctionnelle et il y avait lieu de se concentrer sur la prévention en perdant 10 à 15 kg. La douleur présentée était très certainement d'origine mécanique et pouvait être entraînée par la béquille.

14. Les Drs Q _____ et R _____ du Service de cardiologie des HUG ont indiqué dans leur rapport d'octobre 2008 que l'assuré avait suivi une réadaptation cardiovasculaire ambulatoire du 27 août au 6 octobre 2008 en raison d'un infarctus subi le 22 juillet 2008. Il avait suivi le programme avec une bonne adhérence et sans complication majeure et avait obtenu des résultats très positifs. Une activité physique régulière était préconisée.
15. Par décision du 17 novembre 2008, l'OAI a octroyé des mesures professionnelles à l'assuré en précisant que celles-ci seraient prochainement mises en place.
16. Dans un rapport du 17 mars 2009, le Dr O _____ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé. Il avait subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA) en juillet 2008 et devait être réopéré pour enlever les vis du genou gauche. Il a notamment joint le rapport établi le 11 novembre 2008 par le Dr P _____ aux termes duquel le test au thallium après angioplastie de la coronaire droite présentée par l'assuré était strictement normal.
17. Dans son rapport du 16 juin 2009, le Dr S _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état d'un status après valgisation du tibia droit et de gonarthrose interne débutante avec incidence sur la capacité de travail. Le pronostic après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était réservé. La capacité de travail était nulle du 31 janvier au 2 mars 2009 mais une reprise pouvait être espérée à temps complet dès cette date.
18. A la même date, le Dr P _____ a fait état dans son rapport d'une maladie coronaire d'un vaisseau, sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré n'avait pas eu de plainte cardiaque en 2008 et ne présentait pas de limitations sur ce plan, l'activité antérieure étant exigible.
19. Invité à préciser les limitations fonctionnelles de l'assuré, le Dr S _____ a mentionné le 31 juillet 2009 un épanchement intra-articulaire, une flexion-extension presque complète et quelques douleurs persistantes.
20. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré le 10 août 2009. S'agissant du revenu sans invalidité, il a tenu compte d'un salaire de 76'012 fr. après indexation en 2008, calculé sur la base d'un revenu de 4'950 fr. versé 13 fois l'an chez l'employeur principal et de 17 fr. 80 par heure, multipliés par 10 heures par semaine 52 semaines par année dans le nettoyage en 2007. Pour le revenu avec

invalidité, il y avait lieu de retenir le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS, TA1, ligne Total), soit 61'490 fr. après indexation en 2008 et en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures. Le degré d'invalidité qui en résultait était de 19.1 %.

21. Par communication du 18 septembre 2009, l'OAI a octroyé une mesure d'observation professionnelle à l'assuré.
22. Une IRM du genou droit réalisée le 9 novembre 2009 par le Dr T_____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé un status post ostéotomie de valgisation et une discrète gonarthrose tricompartmentale ainsi qu'une petite amputation du bord libre du segment moyen du ménisque externe et une déchirure essentiellement oblique de la corne postérieure du ménisque interne de grade III.
23. Le 16 décembre 2009, le Dr S_____ a rappelé que l'assuré avait été opéré en mars 2008 d'une ostéotomie de valgisation avec des suites simples. Lors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ce médecin avait réalisé une arthroscopie du genou avec synovectomie puis ablation de plica et d'ostéophytes ainsi qu'un toilettage méniscal sans complications. Il s'est déclaré très surpris par les lésions révélées par l'IRM, puisque le ménisque ne présentait pas de déchirure six mois auparavant. A l'examen clinique, le genou était calme avec une douleur à la palpation de l'interligne interne et des tests méniscaux négatifs, avec une flexion-extension complète. Il n'apparaissait dès lors pas raisonnable de proposer une arthroscopie mais le traitement conservateur devait être poursuivi en attendant les effets bénéfiques de l'ostéotomie, qui se produiraient certainement dans les deux ans. Il était à espérer que l'assuré puisse reprendre une activité professionnelle d'ici-là.
24. Dans son rapport du 17 janvier 2010, le Dr O_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis un an. Il présentait notamment une progression de la gonarthrose trimcompartmentale du genou droite, une déchirure de degré III du ménisque, une obésité morbide et un status post-stent. L'assuré boitait et avait des douleurs du genou droit lorsqu'il était assis. L'incapacité de travail était totale dans le bâtiment et de 80 % dans un métier assis (*sic*). La compliance était bonne et l'examen clinique et les plaintes concordaient.
25. Le Dr L_____ a réalisé une IRM du genou droit le 11 janvier 2010. Il a conclu à un épanchement intra-articulaire, à une chondropathie rotulienne de grade III, à une déchirure de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne, à une dégénérescence du ménisque externe, à une image d'allure kystique entre les épines tibiales, à un status post-opératoire de la diaphyse proximale du tibia, à une synovite dans la graisse de Hoffa, à une discrète tendinopathie rotulienne proximale et à des signes de gonarthrose et d'arthrose fémoro-patellaire.

26. L'assuré a suivi une mesure d'orientation auprès des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) du 26 octobre 2009 au 7 février 2010. Dans leur rapport du 1^{er} mars 2010, les maîtres de réadaptation ont souligné qu'il avait été difficile de mobiliser l'assuré vers une démarche d'emploi, ce dernier adoptant une attitude tendant à démontrer l'incompatibilité d'un emploi avec son état de santé. L'engagement avait été assez moyen durant tout le stage, l'assuré ne manifestant pas de motivation particulière et ne produisant pas les efforts suffisants pour comprendre les consignes ou être efficace. Le travail avait été parfois bâclé et l'assuré avait une attitude assez passive. Il devait pouvoir occuper un poste sédentaire avec des activités manuelles sans contrainte physique importante. La position assise était correctement tenue sur la journée pour autant qu'une alternance des positions et de courtes déambulations soient possibles. La dextérité manuelle était bonne mais se développait mieux dans les activités non fines. Le niveau linguistique limitait la polyvalence, l'autonomie et le choix d'orientation. Les orientations proposées étaient celles d'ouvrier à l'établi et de conditionnement léger. Les stages en entreprise avaient été entrepris à mi-temps en raison d'un nouveau certificat médical limitant la capacité de travail de l'assuré à ce taux. Ce dernier avait été occupé au tri et contrôle de ressorts et au meulage et avait alterné les positions debout et assis à ce poste normalement exercé assis. Il s'était révélé un peu lent mais son engagement s'était amélioré. Il ne comprenait pas pourquoi il devait faire des stages et se disait peu intéressé par ce type de travail. Selon les EPI, l'assuré pouvait être réadapté dans le circuit économique ordinaire avec une capacité de travail entière. Ses rendements en tant qu'ouvrier à l'établi et ouvrier de conditionnement léger devraient être dans la norme (80 à 100 %) après une période d'entraînement.
27. Le Dr O_____ a signalé dans un certificat du 14 avril 2010 adressé à l'assurance-chômage que l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 1^{er} au 30 avril 2010 mais était à nouveau apte au travail dès le 1^{er} mai 2010, à condition de ne pas exercer une activité dans le bâtiment ou impliquant la marche prolongée ou la montée et descente d'escaliers.
28. Le 5 mai 2010, l'assuré a subi une polysomnographie réalisée par la Dresse U_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a mis en évidence un syndrome d'apnées et d'hypopnées du sommeil induisant lors des épisodes de sommeil REM une hypoxémie plus sévère. Le traitement devait se faire par pression positive continue au moyen d'un appareillage.
29. Le Dr V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), a examiné l'assuré le 11 juin 2010. L'assuré souffrait de douleurs localisées sur la face antéro-externe du genou droit continuelles mais variables en intensité, augmentant à la marche. Son genou se tuméfiait après les activités et il avait des pseudo-lâchages en marchant à plat. Il avait des douleurs en regard de la face postérieure de la cuisse et

du mollet droit lorsqu'il restait assis plus de 15 minutes et éprouvait des difficultés à monter et descendre les escaliers. Il pouvait marcher à plat sur 2.5 à 3 km et pouvait rester assis 15 à 30 minutes à condition de pouvoir mobiliser son genou. Le Dr V _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose à droite sur morphotype en varus et status après ostéotomie tibiale de valgisation (M 17.5) et de gonarthrose débutante à gauche prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient les suivants: status après angioplastie de la coronaire à droite à la suite d'un infarctus; obésité; syndrome d'apnée du sommeil appareillée; diabète insulino-dépendant et hypercholestérolémie en traitement. Dans son appréciation, l'expert a notamment relevé que l'ostéotomie réalisée en mars 2008 n'avait pas été couronnée de succès. Les douleurs persistaient, de même que la déformation en varus du membre inférieur droit. L'assuré présentait de plus des douleurs de type mécanique au genou gauche. Il pouvait réaliser un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité d'alterner les positions assise et debout. Il devait éviter le port de charges, de même que les travaux accroupis ou à genoux. De courts déplacements étaient possibles mais la marche sur terrain irrégulier, en pente ou en empruntant des escaliers de manière répétée était impossible. En conclusion, l'assuré ne pouvait plus exercer son travail de maçon ou de nettoyeur. Il était apte à exercer une activité adaptée trois mois après l'ostéotomie de mars 2008, soit dès le 18 juin 2008. Dans une activité adaptée, la capacité de travail n'était pas complète et une diminution de rendement de 20 % était admissible en raison des douleurs et des difficultés à se déplacer.

30. Dans son avis de juin 2010, le Dr W _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), a repris les conclusions du Dr V _____ et qualifié le rapport de celui-ci de convaincant et pertinent. L'incapacité de travail durable remontait au 22 mars 2007 et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible à 80 % dès le 18 juin 2008.
31. Dans le rapport de réadaptation du 27 octobre 2010, l'OAI a souligné que l'assuré percevait des indemnités de chômage depuis avril 2010. Il se disait inquiet pour son avenir et son état de santé et souffrait de fortes douleurs lombaires depuis une semaine. Il se disait inapte à travailler même à 80 % dans une activité adaptée en raison de ses douleurs et de la fatigue. L'OAI a considéré qu'un reclassement n'était pas indiqué car il n'était ni simple ni adéquat. Il a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en tenant compte pour le revenu sans invalidité d'un salaire de 73'762 fr. en 2008, soit 9'412 fr. réalisés chez Y _____ SA pour 10 heures par semaine à 18 fr. 10, plus l'indemnité de vacances multipliées par 48 semaines par année et 64'350 fr. en tant que maçon. Le salaire avec invalidité était celui correspondant à une activité simple et répétitive selon ESS 2008 (TA1, ligne Total), soit 60'123 fr. pour une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures et 40'844 fr.

en tenant compte d'une diminution de rendement de 20 % et d'un abattement statistique de 15 %. Le degré d'invalidité qui en résultait était de 44.6 %.

32. Dans un certificat reçu par l'OAI le 25 octobre 2010, le Dr O_____ a signalé que l'assuré présentait une probable hernie discale L4 à droite, un scanner devant confirmer cette atteinte.
33. Invité par l'OAI à préciser les résultats du scanner prévu pour la hernie suspectée, le Dr O_____ a indiqué en décembre 2010 que les lombalgies étaient maîtrisées et que l'examen par scanner n'était pas programmé pour l'instant.
34. Le 1^{er} avril 2011, le Dr O_____ a signalé que l'état de l'assuré était stationnaire.
35. Le 6 avril 2011, le Dr A_____ a fait état d'un lâchage du genou droit entraînant une chute. A la suite de cet accident, le Dr O_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 6 au 17 avril 2011.
36. Le 31 mai 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, lui octroyant un quart de rente correspondant à un degré d'invalidité de 45 % dès mars 2008.
37. Le 21 juin 2011, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a signalé à l'OAI qu'il avait examiné l'assuré la veille. Les plaintes actuelles de l'assuré, qui déclarait souffrir depuis une année de douleurs diffuses antéro-externes du genou droit mais aussi du genou gauche, justifiaient à son avis une nouvelle évaluation orthopédique.
38. Dans son courrier du 22 juin 2011, le Dr O_____ a indiqué à l'OAI qu'il considérait l'assuré totalement incapable de travailler en raison de la gonarthrose tricompartmentale et de la déchirure de stade III du ménisque, inopérable et de l'échec de l'ostéotomie. L'assuré présentait par ailleurs un canal lombaire étroit avec une spondylarthrose étagée et une sclérose de surcharge au niveau des articulations sacro-iliaques, démontrées par un scanner réalisé le 20 octobre 2010, qui lui faisaient mal et rendaient impossible la position assise prolongée. A cela s'ajoutaient un syndrome métabolique avec une obésité morbide, un diabète, une hypertension artérielle et du cholestérol. Il était porteur d'un stent et avait également un emphysème pulmonaire l'empêchant d'effectuer des travaux prolongés. Son niveau de scolarisation et ses connaissances linguistiques l'empêchaient de se recycler dans un travail moins physique ou plus intellectuel. Il a joint à son courrier un rapport de tomodensitométrie, réalisée le 27 octobre 2010 par le Dr L_____, concluant à un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, à une protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche sans conflit radiculaire, à une protrusion discale L5-S1 partiellement calcifiée appuyant discrètement sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion significative sur les racines, à une arthrose interapophysaire postérieure étagée sans rétrécissement des canaux

radiculaires, à une spondylose lombaire antérieure étagée, à une sclérose de surcharge au niveau des versants iliaques et à une athéromatose aortique à l'étage sous-rénal.

39. Selon le rapport du 20 octobre 2011 (examen en date du 31 août 2011) du Dr C _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et médecin au SMR, l'assuré se plaignait de douleurs du dos évoluant depuis de nombreuses années et aggravées après l'opération au genou. Ses douleurs n'avaient pas évolué depuis l'examen du Dr V _____. L'assuré a signalé des douleurs du genou et de tout le membre inférieur droit empêchant la marche plus de cinq à dix minutes, la position assise au-delà de 15 minutes, la montée ou la descente d'escalier. Il recourait à l'aide de son épouse pour s'habiller. Il déclarait être handicapé et ne pas pouvoir bouger et évoquait également un problème respiratoire avec une dyspnée à l'effort, des apnées du sommeil, un état de fatigue, un trouble de la concentration et des troubles de la mémoire. Interrogé sur une possible reprise professionnelle, l'assuré l'a exclue et a ajouté "être fou" et nécessiter une prise en charge spécialisée sur ce plan. Le Dr C _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose droite sur morphotype en varus (M 17.5), de status après ostéotomie tibiale de valgisation, de gonarthrose gauche débutante (M 17.1) et de lombo-pseudosciatalgies (M 54.4) avec troubles statiques et dégénératifs et dysbalance musculaire. L'assuré présentait également un status après angioplastie de la coronaire droite, un syndrome des apnées du sommeil appareillé, une surcharge pondérale avec préobésité, des troubles métaboliques avec diabète non-insulino-dépendant et hypercholestérolémie et des éléments de non organicité selon Waddell en faveur d'une majoration des symptômes. L'assuré était tendu, algique et démonstratif et montrait une nette diminution de la mobilité de l'ensemble du rachis dorso-lombaire et du membre inférieur droit. L'examen neurologique avait permis d'exclure un déficit sensitivo-moteur. La documentation radiologique mettait en évidence des troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, prédominant en L5-S1 mais sans argument en faveur d'un conflit disco-radulaire. L'examen clinique révélait une perte pondérale par rapport à l'examen de juin 2010 et la présence de huit points de Smythe sur 18, permettant d'exclure une fibromyalgie, trois signes de Waddell et un signe selon Kummel en faveur de processus à caractère non organique. Le Dr C _____ a confirmé l'incapacité de travail totale dans les professions antérieures. Cependant, la symptomatologie présentée par l'assuré, son évolution et le handicap majeur revendiqué ne pouvaient être expliqués uniquement par les atteintes objectives. L'expert était également surpris que l'assuré indique souffrir depuis de nombreuses années de dorso-lombalgies avec une exacerbation à la suite de l'intervention chirurgicale au genou droit, car aucun document médical antérieur ne signalait de telles plaintes. Les troubles dégénératifs mis en évidence par le scanner lombaire ne pouvaient être responsables d'une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr V _____ étaient tout à fait

compatibles avec les limitations en relation avec une problématique dorso-lombaire, soit des activités semi-sédentaires avec alternance des positions, sans port de charges répétitif de plus de 5 kg et occasionnel de plus de 10 kg, sans position accroupie, en genuflexion, en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance ou en station debout prolongée avec piétinement. Seuls des déplacements de courte durée étaient possibles. Les activités sur terrain instable ou demandant de monter et descendre des escaliers de manière répétée étaient prohibées, à l'instar des activités en hauteur ou en pente. Une activité adaptée à ces limitations était possible à 100 % avec une diminution de rendement de 20 %.

40. Dans son avis du 12 décembre 2011, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a souligné qu'il n'y avait pas lieu d'évaluer la capacité de travail selon les critères jurisprudentiels applicables en cas de fibromyalgie et repris les conclusions du Dr C_____.
41. Par décision du 23 avril 2012, l'OAI a confirmé les termes de son projet et octroyé un quart de rente à l'assuré dès le 1^{er} mars 2008.
42. Par acte du 24 mai 2012, l'assuré interjette recours contre la décision de l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente complète. Il allègue que le Dr C_____ ne tient pas compte de la déchirure du ménisque révélée par l'IRM réalisée en novembre 2009 par le Dr T_____. Il conteste pour le surplus le rendement et l'abattement retenus par l'intimé. Il affirme que ses nombreuses autres atteintes physiques ne sont pas prises en considération, s'agissant notamment de l'angioplastie à la suite d'un infarctus, des apnées du sommeil et de l'emphysème diagnostiqué, ce trouble n'étant pas mentionné dans le rapport du Dr C_____. Par ailleurs, il n'habite en Suisse que depuis 2002 et ne parle pas le français.
43. Dans son écriture du 8 août 2012, le recourant complète son recours et requiert l'audition du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant, dont il produit le rapport établi le 25 juin 2012. Pour le surplus, il reprend ses arguments antérieurs.
44. Dans le rapport précité, le Dr E_____ signale qu'il suit le recourant depuis janvier 2012 et se détermine sur le rapport du Dr C_____. Il admet que les limitations fonctionnelles retenues par le rhumatologue du SMR correspondent aux limitations fonctionnelles. Il retient que ce dernier ne mentionne pas les lésions méniscales du genou droit et déclare ignorer si l'intimé a eu connaissance de ces lésions, qui n'ont pas été traitées. Le Dr E_____ indique à cet égard qu'il rejoint l'appréciation du Dr S_____ sur le caractère non raisonnable d'une nouvelle arthroscopie. Si la lésion méniscale a une incidence sur la capacité de travail, il ne se dit toutefois pas certain que l'intimé considère qu'elle correspond à un degré d'invalidité supérieur à 45 %. Le médecin traitant qualifie l'examen du

Dr C_____ de très minutieux et affirme que sa seule remarque porte sur le fait que cet examinateur n'a pas défini l'atteinte actualisée du genou droit et n'a pas mentionné les lésions méniscales accompagnantes et non traitables, lesquelles aggravent le degré d'invalidité du recourant à moyen et long termes.

45. Selon l'avis du 27 août 2012 du Dr LL_____, médecin au SMR, il n'existe aucun élément nouveau en contradiction avec l'examen clinique du Dr C_____. Celui-ci a retenu le diagnostic de gonarthrose bilatérale entraînant des limitations fonctionnelles identiques à celles émises par le Dr E_____, et les deux médecins concluent au même diagnostic d'arthrose du genou.
46. Dans sa réponse du 5 septembre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il attribue au rapport du Dr C_____ une pleine valeur probante. Le recourant n'amène aucun élément susceptible de remettre en cause cette expertise, la seule appréciation différente du médecin traitant n'y suffisant pas. Les autres diagnostics allégués par le recourant sont connus et ont été pris en compte, comme cela ressort de l'évaluation de la capacité de travail et des diagnostics retenus par le rhumatologue du SMR. L'audition du Dr E_____ n'est pas nécessaire dans ces circonstances. Quant au degré d'abattement, la réduction de 15 %, liée à l'âge et au fait que seule une activité légère est possible, est suffisante selon la jurisprudence. Le niveau de français ne constitue pas un critère de réduction.
47. Par courrier du 18 septembre 2012, la Chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en l'informant de son droit de consulter le dossier.
48. 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; RSG 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier sur son droit à une rente d'invalidité.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

5. a) En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

c) À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant

le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009, en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (Lettre-circulaire n°300 de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption; ATF non publié 9C_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

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 LPG), 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Etant 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

7. En l'espèce, le recourant a fait l'objet de plusieurs expertises et examens approfondis par le SMR. L'expertise du Dr V _____ contient une anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. Ce médecin a posé ses diagnostics après avoir pris connaissance du dossier médical et en se fondant sur un examen clinique complet. Ses conclusions sont en outre claires et convaincantes. Elle correspond ainsi en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est également le cas du rapport du Dr C _____. Ce médecin a en effet réalisé un examen clinique détaillé après avoir étudié l'essentiel des pièces médicales au dossier et retracé l'anamnèse du

recourant. Il relate les plaintes de ce dernier avec précision et ses conclusions sont motivées. Elles tiennent en effet non seulement compte des atteintes déjà retenues par le Dr V_____ mais aussi des troubles du rachis, puisqu'elles excluent notamment le port répétitif de charges de plus de 5 kg et occasionnel de charges de plus de 10 kg.

Les autres rapports médicaux ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts du SMR. Il faut noter en particulier que le problème cardiaque n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable, comme cela ressort des rapports du Dr P_____ du 2 septembre 2008 et du 16 juin 2009, ce que corrobore le rapport des Drs Q_____ et R_____ qui ont fait état en octobre 2008 de très bons résultats après réadaptation. S'agissant de la gonarthrose, il y a lieu de rappeler que le Dr S_____ a considéré dans son rapport du 16 juin 2009 qu'une reprise du travail aurait été possible dès mars 2009. Dans son courrier du 31 juillet 2009, ce médecin n'a pas émis de limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr V_____. S'il est vrai que le Dr S_____ ignorait à cette date l'existence d'une lésion méniscale, il ne s'est pas formellement prononcé sur la capacité de travail entraînée par cette lésion et semble admettre une capacité résiduelle dans son rapport du 16 décembre 2009. En ce qui concerne le Dr B_____, il a simplement émis l'avis qu'une nouvelle évaluation serait appropriée mais ne fait pas état de diagnostics que les experts auraient ignorés et ne se prononce en particulier pas sur la capacité de travail. On ajoutera à ce propos que la nécessité d'une nouvelle évaluation paraît pour le moins discutable, puisque les douleurs que le recourant lui a rapportées ne sont pas survenues un an auparavant seulement, mais sont similaires à celles dont il s'est plaint lors de l'examen du Dr V_____. Le recourant a d'ailleurs confirmé au Dr C_____ que ses douleurs aux genoux n'avaient pas évolué depuis l'examen par l'orthopédiste du SMR. Quant aux problèmes de sommeil, ils font l'objet d'un traitement par appareillage et n'entraînent pas d'incapacité de travail selon le Dr V_____, ce que la Dresse U_____ n'affirme d'ailleurs pas. Les rapports du Dr O_____ ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions des experts. On notera en premier lieu que ce médecin a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant en 2009 en raison d'une angioplastie, bien que les cardiologues suivant ce dernier aient affirmé que cette atteinte n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Quant à la progression de l'arthrose et de la déchirure méniscale relevées en janvier 2010, elles ne suffisent pas à établir une incapacité de travail totale dès lors qu'elles n'empêchent pas le recourant d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Le Dr O_____ a par ailleurs noté en décembre 2010 que les lombalgies récemment apparues étaient maîtrisées, si bien qu'on ne saurait non plus admettre que cette atteinte a une répercussion importante sur la capacité de travail. De plus, ce médecin est pour le moins contradictoire dans ses appréciations puisqu'il a établi un certificat à l'attention de l'assurance-chômage attestant d'une capacité de travail

totale dans une profession adaptée en mai 2010, alors qu'il indiquait au mois de juin suivant à l'intimé qu'il considérait le recourant totalement incapable de travailler sans faire état de nouvelles atteintes diagnostiquées dans l'intervalle. S'agissant en particulier du niveau de scolarisation et des ressources intellectuelles du recourant qui empêcheraient sa réinsertion sur le marché du travail selon le Dr O _____, ce sont là des facteurs étrangers à l'invalidité qui n'ont pas à être pris en compte. L'assurance-invalidité a en effet pour vocation de couvrir la perte de la capacité de gain et non pas la seule perte de gain. Il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA non publié I 175/04 du 28 janvier 2005, consid. 3). Enfin, en ce qui concerne le rapport du Dr E _____, il convient de relever que ce médecin ne s'écarte pas clairement des conclusions du Dr C _____. Le médecin traitant souligne d'ailleurs le caractère minutieux de l'examen clinique de l'expert du SMR et se rallie aux limitations fonctionnelles retenues par ce dernier. S'il affirme que la lésion méniscale n'a pas été mentionnée, il relativise toutefois la portée de cette atteinte en indiquant qu'elle pourrait aggraver l'invalidité à moyen et long termes. On peut donc en déduire que cette lésion n'a pas dans l'immédiat d'incidence plus importante sur la capacité de travail du recourant que celle qui a été admise par les médecins du SMR. De plus, comme le souligne à juste titre le SMR, les problèmes de genou du recourant ont été pris en compte par le Dr V _____ et le Dr C _____ puisque ces derniers ont retenu des limitations fonctionnelles liées à la gonarthrose et aux douleurs. Dans ce contexte, il n'est pas déterminant que le Dr C _____ n'ait pas défini avec précision la nature exacte de la lésion du genou.

Le recourant requiert l'audition du Dr E _____. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, le Dr E _____ a eu l'occasion de se prononcer de manière circonspecte sur l'expertise par écrit et ne fait état d'aucune nouvelle atteinte qui n'aurait pas été prise en compte par les experts. Son audition s'avère dès lors superflue.

Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions claires des Drs V _____ et C _____, aux termes desquelles le recourant dispose

depuis le 18 juin 2008 d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, compte tenu de la diminution de rendement de 20 %.

Il convient encore d'examiner qu'elle était la capacité de travail du recourant avant cette date. Le Dr LM _____ et le Dr C _____ ne se sont pas prononcés sur cette question. Ils ont simplement constaté que le recourant était en arrêt de travail depuis mars 2007. Il ressort toutefois des expertises des Drs M _____ et N _____ en 2007 que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée. Ce premier expert a en effet indiqué que le recourant devrait pouvoir exercer une activité plus légère. Il a même préconisé de s'adresser à l'entreprise pour savoir si elle peut fournir un poste adapté à son employé, en attendant l'intervention chirurgicale et la récupération des fonctions articulaires au niveau du genou droit. Le Dr N _____ a aussi conclu à une capacité complète dans une activité adaptée. Partant, une incapacité de travail totale ne peut être admise que pendant les trois mois qui ont suivi l'ostéotomie. La durée de cette aggravation est trop courte pour avoir une incidence sur le droit à une rente (cf. art. 88a al. 2 RAI).

8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; ATF 128 V 174).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse

sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). 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, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque 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 ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF non publié 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). 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).

9. Reste à examiner si le calcul du degré d'invalidité de l'intimé en tenant compte d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès cette date est correct.

Le revenu sans invalidité en 2008 n'est pas de 73'762 fr. comme l'indique l'intimé dans son rapport du 15 octobre 2010, mais de 64'350 fr. en tant que maçon, soit 13 mensualités à 4'950 fr. selon le rapport de X_____ SA du 5 juin 2008 et

de 9'580 fr. 80 en tant que nettoyeur, soit 10 heures par semaine à 19 fr. 96, indemnités incluses, pendant 48 semaines, ce qui correspond à un total de 73'930 fr. 80.

Quant au revenu avec invalidité, le recours au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008, soit 4'806 fr. pour 40 heures hebdomadaires, est conforme à la jurisprudence. Calculé sur la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2008 selon la Statistique sur la durée normale du travail dans les entreprises (DNT) établie par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE - et non 41.7 heures comme le retient l'intimé - on obtient un revenu de 59'978 fr. 90 à 100 % et de 47'983 fr. 10 en tenant compte d'une diminution de rendement de 20 %. Après réduction statistique de 15 %, le revenu avec invalidité est ainsi de 40'785 fr. 65. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 44.8 %, qui donne droit à un quart de rente.

S'agissant de l'abattement statistique de 15 % sur le revenu d'invalidité, il sied de rappeler que conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la Cour de céans. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré qu'une réduction de 15 % était adéquate dans le cas d'un assuré ne pouvant plus travailler qu'à 60 % dans des activités légères (ATF I 147/05 du 25 juillet 2005, consid. 2.7). Partant, un abattement de 15 % paraît correct en l'espèce, d'autant plus que la diminution de rendement imputable aux limitations fonctionnelles reconnue par les experts fait déjà l'objet d'une réduction de 20 % du revenu. Par surabondance, il sied de relever qu'un abattement de 20 % porterait le revenu d'invalidité à 38'386 fr. 50 et le degré d'invalidité à 48 %, ce qui reste insuffisant pour modifier le droit à la rente.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.
11. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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