

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2663/2017

ATAS/672/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 juillet 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Claudiane
CORTHAY, juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, est au bénéfice d'une formation de mécanicien. Après avoir exercé dès 1977 diverses activités lucratives (manœuvre, garçon d'office, conducteur de machines-outils, assistant au sein d'un service technique, concierge, etc.), il a travaillé en dernier lieu comme nettoyeur à Genève, de 2011 jusqu'en avril 2015, apparemment à temps partiel. À la suite d'une première intervention chirurgicale du genou droit, en janvier 2015 (résection de la corne postérieure du ménisque interne et « toilette » du ménisque externe), il a déposé le 18 juin 2015 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle il a indiqué être suivi médicalement pour un problème de genou.
2. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
 - a. Le 8 juillet 2015, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a confirmé que l'assuré souffrait d'un problème orthopédique depuis mai 2014, qu'en janvier 2015, il avait été opéré du ménisque et que son chirurgien lui avait proposé une prothèse. Par ailleurs, il avait pris du poids et présentait un diabète de type II. Il ne pouvait ni marcher, ni rester debout, et sa capacité de travail était jugée nulle dans l'activité antérieure de nettoyeur. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était évaluée à 50% dès le 1^{er} juillet 2015.
 - b. Le 29 juillet 2015, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a exposé que l'assuré souffrait de gonarthrose du côté droit, en péjoration depuis plusieurs années, et devait être opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Des douleurs étaient ressenties lors de marches et de port de charges. La capacité travail était nulle dans l'activité de nettoyeur mais entière dans une activité adaptée. Il suggérait de réévaluer la situation après l'opération.
3. Dans un rapport intermédiaire du 2 décembre 2015, la Dre B_____ a signalé à l'OAI que l'assuré s'était fait installer une prothèse du genou droit aux HUG le 1^{er} novembre 2015. Elle a joint la copie d'une lettre de sortie du 9 novembre 2015, se rapportant à cette intervention.
4. Le 22 décembre 2015, l'assureur perte de gain maladie de l'assuré a transmis à l'OAI le bilan d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 23 avril 2015 par le docteur D_____, radiologue. Ce médecin a fait état d'une gonarthrose tricompartmentale importante au niveau fémoro-tibial interne et modérée au niveau des autres compartiments, d'un status post-méniscectomie interne partielle [...] avec luxation subtotale du ménisque résiduel et d'un épanchement intra-articulaire important avec un nodule ostéochondromateux libre [...].
5. Le 25 janvier 2016, les HUG ont transmis à l'OAI diverses pièces, notamment un rapport de consultation établi le 18 décembre 2015 par le département de chirurgie

des HUG, faisant état d'une évolution favorable du genou, mais d'une légère tuméfaction et de douleurs discrètes persistantes, apparaissant après environ vingt minutes de marche. La stabilité sur le plan capsulo-ligamentaire était bonne et le matériel prothétique paraissait être en place.

6. Dans un rapport du 28 février 2016, le Dr C_____ a attesté d'un état stationnaire et d'une capacité de travail nulle dans les activités nécessitant des stations debout prolongées. Interrogé sur un éventuel retour au travail, il a invité l'administration à s'adresser au chirurgien ayant installé la prothèse du genou droit, soit le Dr E_____.
7. L'assureur perte de gain maladie a diligenté une expertise auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale. Dans son rapport du 17 juin 2016, l'expert a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de gonalgies droites chroniques et de status après prothèse totale du genou droit.

À l'anamnèse, l'expert a indiqué que l'assuré, résidant en Suisse depuis 1977, avait d'abord travaillé dans la construction, avant d'être reclassé par l'assurance-invalidité comme conducteur-mécanicien sur machines à la suite d'un accident impliquant sa clavicule gauche. Ne parvenant pas à trouver un emploi suite à son reclassement, il s'était tourné vers la profession de nettoyeur, qu'il avait exercée à 100% depuis 2006, avant d'être mis en arrêt de travail en 2015. Il se plaignait de gonalgies du côté droit, irrégulières et inconstantes, présentes seulement certains jours. Exacerbées lors de « mises en charge » et de marches, ces douleurs engendraient selon son état de fatigue une boiterie de la jambe droite. L'assuré, dont le genou était gonflé, précisait devoir s'arrêter après une trentaine de minutes de marche et être très gêné pour descendre les escaliers ; il pouvait en revanche monter quelques marches et tolérait la position assise pendant environ une heure. Il ne mentionnait pas d'instabilité et son dernier blocage remontait au début du mois de juin 2016. Il n'était pas trop gêné la nuit, sous réserve de réveils intermittents, et conduisait occasionnellement son véhicule, mais pas pendant plus d'une heure. S'agissant du status ostéo-articulaire, l'expert a fait état, au niveau cervical, de rotations gauche-droites de 60° et d'inclinaisons latérales de 45°, indolores. La palpation segmentaire n'engendrait pas de douleur. Au niveau des épaules, la palpation acromio-claviculaire et scapulo-humérale était indolore des deux côtés. Le test de la coiffe des rotateurs était normal et la mobilité complète, avec une élévation et abduction de 180° et une rotation externe de 60°, indolore. Dans son appréciation, l'expert a indiqué que l'assuré souffrait depuis l'été 2014 de gonalgies, avec instabilité et épanchements récurrents. Une IRM réalisée en novembre 2014 avait montré une déchirure du ménisque interne ainsi qu'une gonarthrose. L'assuré avait subi le 29 janvier 2015 une résection de la corne postérieure du ménisque interne et un « toilettage » du ménisque externe du genou droit. En avril 2015, une tentative de reprise d'activité professionnelle à 100% s'était soldée par un échec, ensuite de quoi l'assuré avait été licencié pour le

31 juillet 2016. L'examen ostéo-articulaire était normal, hormis pour le genou droit. Souffrant de surpoids, l'assuré marchait avec une discrète boiterie antalgique du membre inférieur droit. La rotation interne de la hanche gauche était limitée mais indolore et des douleurs étaient ressenties au niveau du compartiment interne du genou gauche. La flexion du genou droit était identique à celle du côté gauche (120°) et l'extension complète, bien qu'elle provoquait un « claquement rotulien ». La palpation de la rotule et des éléments capsulo-ligamentaires était douloureuse. Sous l'angle rhumatologique, l'expert jugeait la capacité de travail nulle dans la profession antérieure de nettoyeur, vraisemblablement de manière définitive au vu des stations debout prolongées et des efforts de marche qu'elle nécessitait. En revanche, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 90% (100% avec une diminution de rendement de 10%) dans toute activité sédentaire, lui permettant d'alterner les positions assise/debout deux fois par heure et d'éviter les marches excédant une demi-heure, les montées/descentes répétées d'escaliers et les positions accroupies. La diminution de rendement était liée à une vitesse de marche réduite et à la prise d'éventuelles pauses supplémentaires.

8. Le 4 juillet 2016, l'assurance perte de gain a informé l'assuré qu'elle lui fixait un délai de cinq mois pour trouver une profession adaptée à son état de santé. Elle ne lui verserait donc plus d'indemnités journalières dès le 1^{er} décembre 2016.
9. Par avis du 6 septembre 2016, contresigné par les docteurs G_____ et H_____, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert et a conclu à une capacité de travail définitivement nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans toute activité adaptée aux limitations. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé en juin 2016, six mois après l'arthroplastie du genou, car il s'agissait du délai usuel après une telle opération.
10. Le 23 décembre 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision d'octroi d'une rente d'invalidité pour la période courant d'avril à août 2016, supprimée ensuite.
11. Par lettre du 23 janvier 2017, l'assuré s'y est opposé, en produisant :
 - un rapport du département de chirurgie des HUG du 11 novembre 2016, contresigné par les Drs E_____ et I_____, faisant état d'un examen clinique normal du genou droit, mais préconisant une scintigraphie osseuse et une ponction afin de mettre en évidence un descellement ou une infection, précisant par ailleurs qu'une reprise du travail serait envisageable dans un secteur « non-manuel », tel qu'une activité de bureau, la profession antérieure de technicien de surface étant jugée trop contraignante ;
 - un rapport de scintigraphie osseuse du 15 novembre 2016, ne mettant pas en évidence de descellement de la prothèse du genou ;
 - un rapport du département de chirurgie des HUG du 17 janvier 2017, contresigné par les Drs E_____ et J_____, indiquant que l'évolution, initialement favorable, s'était compliquée depuis le mois d'avril 2016, avec des

douleurs persistantes, qui n'étaient pas soulagées par la physiothérapie. L'assuré estimait son périmètre de marche limité à environ trente minutes. L'examen clinique était cependant normal, avec une bonne mobilité et stabilité du genou. Il lui était recommandé de s'orienter vers une activité adaptée, bien qu'il paraissait y avoir peu de possibilités, vu son manque de formation.

12. Par courrier du 7 février 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a informé l'OAI que l'assuré continuait à souffrir de douleurs au niveau du genou, avec une importante activité inflammatoire. Il était considérablement gêné dans sa vie quotidienne pour se déplacer ou se tenir longtemps debout.

Il a joint un rapport établi le 14 février 2017 par le docteur D_____, radiologue, indiquant que l'assuré avait bénéficié d'un scanner et d'une infiltration épidurale et qu'il ne ressentait plus de douleurs à la marche et au repos, ce qui témoignait d'un bloc de douleur « positif à 100% ». Les manœuvres effectuées pendant l'examen clinique ne provoquaient pas de douleurs.

13. Par avis du 14 mars 2017, le SMR a maintenu que, conformément à l'expertise du Dr F_____, l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10%. Quant au rapport du Dr E_____ de janvier 2017, il témoignait d'un examen clinique normal ainsi que d'une bonne mobilité et stabilité du genou.

14. Par décision du 8 mai 2017, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité, limitée à la période courant du 1^{er} avril au 31 août 2016. Selon le SMR, l'assuré était totalement incapable d'exercer la profession d'employé d'entretien depuis le 13 avril 2015, mais il avait recouvré, le 1^{er} juin 2016, une pleine capacité de travail (avec un rendement diminué de 10%) dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai de carence d'un an, le 13 avril 2016, son degré d'invalidité s'élevait à 100%, ce qui lui ouvrait droit à une rente entière. Le 1^{er} septembre 2016, trois mois après l'amélioration de son état de santé, le taux ne s'élevait plus qu'à 12%, ce qui entraînait la suppression de la rente. Des mesures d'ordre professionnel ne paraissaient pas indiquées, et les rapports médicaux transmis à l'appui de l'opposition n'étaient pas propres à modifier le point de vue du SMR.

15. Le 22 mai 2017, l'OAI a transmis, par courriel, une copie de la décision à la fille de l'assuré.

16. Par acte du 19 juin 2017, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant, sous suite de dépens, à l'annulation partielle de la décision du 8 mai 2017, principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée non seulement d'avril à août 2016 mais aussi de janvier à mars et au-delà du mois d'août 2016, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, plus subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise.

L'assuré indiquait avoir pris connaissance de la décision attaquée par courriel, le 22 mai 2017. Selon lui, le dossier de l'assurance-invalidité était incomplet, car il ne contenait pas les pièces relatives à une première demande qu'il avait déposée dans les années quatre-vingts à la suite d'un accident de chantier (chute d'une charge de deux tonnes sur son épaule gauche). À l'époque, des mesures d'ordre professionnel lui avaient été accordées et une rente de 25% lui avait été octroyée par l'assurance-accidents. Dans ses avis de septembre 2016 et mars 2017, le SMR s'était rallié aux conclusions de l'expert F_____, mais sans tenir compte des limitations inhérentes à ses atteintes scapulaires et dorsales, étayées notamment par un bilan d'imagerie du Dr D_____ annexé à son recours. Le SMR ne s'était pas déterminé non plus sur le rapport du Dr C_____ de février 2017 et sur un rapport du Dr E_____ annexé à son recours. Pourtant, il ressortait de ces documents que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il devrait subir une opération visant à changer sa prothèse du genou. À son sens, il n'y avait pas de motif de révision permettant de supprimer sa rente et les avis du SMR sur lesquels reposait la décision attaquée étaient dénués de valeur probante. Âgé de 59 ans, il doutait pouvoir se réinsérer sur le marché du travail. Enfin, il estimait que son droit à la rente devait naître au 1^{er} janvier 2016 plutôt qu'au 1^{er} avril 2016 et critiquait la fixation de son revenu d'invalidé sur la base du tableau T1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après : ESS), lequel englobait des activités manuelles lourdes. Le recourant a joint un bordereau de pièces, comprenant notamment :

- un rapport du Dr D_____ du 3 février 2017, relatant que ce médecin avait pratiqué une infiltration épidurale en raison d'une discopathie pluri-étagée et d'une arthrose bilatérale L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ce qui avait permis une nette diminution des douleurs ;
- un rapport du Dr E_____ du 30 mars 2017, faisant état d'une évolution défavorable, malgré une mobilité complète, avec des douleurs cotées entre 4/10 et 7/10 ainsi qu'une certaine instabilité à la mi-flexion, se répercutant sur la montée et la descente d'escaliers. Le Dr E_____ envisageait de changer la composante fémorale de la prothèse, ce qui pouvait à son sens résoudre le problème de stabilité en flexion et améliorer potentiellement les douleurs. À ce stade, l'assuré préférait attendre et se déterminer sur une éventuelle intervention en cas d'aggravation des douleurs.

17. Dans sa réponse du 26 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. À des fins d'archivage, l'administration avait détruit certains dossiers conformément à la réglementation, et celui du recourant avait été intégré par erreur dans la liste des dossiers supprimés. L'expertise du Dr F_____ était probante et cet expert avait tenu compte du fait que l'assuré avait déposé une première demande à la suite d'un accident impliquant sa clavicule gauche. Par ailleurs, son examen clinique montrait que l'assuré ne présentait aucun diagnostic ou limitation au niveau de l'épaule et du dos et qu'il n'avait formulé aucune plainte à ce propos. Le SMR avait fixé le début de l'incapacité de travail durable au 13 avril 2015, car des radiographies et une

IRM du genou droit avaient alors mis en évidence des problèmes orthopédiques. Cette date correspondait par ailleurs au début de l'arrêt de travail durable communiqué par l'ancien employeur. L'arthroscopie pratiquée en janvier 2015 n'avait pas engendré d'incapacité de travail durable, car l'assuré avait repris son activité professionnelle en avril 2015, avant que des investigations ne soient effectuées en raison d'une tuméfaction du genou droit. Depuis le mois de juin 2016, six mois après l'installation de sa prothèse, le recourant était pleinement capable d'exercer une activité adaptée, avec un rendement diminué. Il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un futur changement de prothèse, car l'intervention n'avait pas encore eu lieu et n'engendrerait qu'une incapacité de travail transitoire. Enfin, c'était à juste titre que la décision attaquée se référait au tableau TA1 (recte : T1) des ESS, applicable à tous les assurés qui, comme le recourant, conservaient une capacité de travail importante dans des travaux légers.

Dans un avis annexé à la réponse, le SMR soulignait que le Dr E_____, dans son rapport de mars 2017, ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert tenaient déjà compte des difficultés du recourant à monter et descendre des escaliers. Par ailleurs, l'infiltration épidurale pratiquée en février 2017 ne justifiait pas d'incapacité de travail, car elle avait permis une amélioration « totale » des douleurs.

18. Dans sa réplique du 29 novembre 2017, le recourant a rétorqué que si le Dr E_____ ne s'était effectivement pas prononcé sur sa capacité de travail, il avait attesté d'une péjoration de son état de santé, ce qui contredisait les conclusions du SMR selon lesquelles il était censé recouvrer une pleine capacité de travail six mois après son opération du genou. Un rapport établi en septembre 2017 confirmait une évolution défavorable et une nouvelle intervention était discutée afin d'améliorer la stabilité de la prothèse. En outre, ses discopathies et son arthrose persistaient. L'expert, dont l'anamnèse était incomplète, n'avait pas tenu compte de ses atteintes du dos et de l'épaule, pas plus qu'il n'avait été en possession du dossier de l'assurance-invalidité et des documents témoignant de l'évolution défavorable de sa prothèse. S'agissant enfin de la comparaison des gains, l'intimé avait omis de tenir compte d'un abattement de 25% et des principes jurisprudentiels applicables aux assurés proches de la retraite. Le recourant a joint :

- un rapport du Dr E_____ du 28 septembre 2017, confirmant qu'au vu de l'évolution défavorable, un changement de la composante fémorale de la prothèse était envisagé. Comme il s'agissait d'une opération lourde, l'assuré préférait attendre de voir comment évoluaient les choses, malgré ses douleurs persistantes et ses difficultés quotidiennes. Un nouvel examen était prévu en octobre 2018, trois ans après l'intervention ;
- un courrier du Dr E_____ du 10 novembre 2017, à teneur duquel des douleurs du genou persistaient depuis le mois d'avril 2016, de même que des épisodes inexplicables de blocage en extension. Malgré la physiothérapie et les antalgiques, la situation ne s'était pas améliorée et deux ans après l'installation

de la prothèse, une réelle amélioration paraissait peu probable. Une révision chirurgicale était envisageable mais devait être mûrement réfléchie, car il était difficile d'évaluer le potentiel d'amélioration de la douleur.

19. L'intimé a dupliqué le 18 janvier 2018, en produisant un nouvel avis du SMR du 18 décembre 2017 : en dépit d'une évolution postopératoire défavorable, le SMR maintenait ses conclusions exprimées en septembre 2016, selon lesquelles six mois après la pose de la prothèse du genou droit, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité essentiellement sédentaire, respectant diverses limitations fonctionnelles d'épargne du membre inférieur droit.
20. Par écriture du 26 janvier 2018, le recourant a réaffirmé que le SMR l'avait jugé apte à la réadaptation six mois après l'opération en se fondant sur les « délais usuels », mais sans tenir compte de l'évolution défavorable de son état de santé après l'opération. Faute d'amélioration, la rente ne pouvait lui être supprimée. L'expertise du Dr F_____ devait être écartée, car elle reposait sur un dossier lacunaire et ne tenait pas compte de ses atteintes dorsales et scapulaires.
21. Cette écriture a été transmise à l'intimé par courrier du 29 janvier 2018.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).
- c. Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de trente jours dès la notification de la décision (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante), en

ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2).

d. En l'espèce, la décision du 8 mai 2017 a d'abord été expédiée par pli simple au recourant, qui soutient ne l'avoir alors pas reçue. Il allègue que « sans nouvelles, [il] a constaté un jour que son compte avait été crédité d'une somme d'argent par la caisse [...]. Lors de son entretien téléphonique du 22 mai [avec un gestionnaire de l'OAI], il a demandé à ce que la décision ayant conduit à [ce] versement lui soit adressée. Par courriel du jour-même, le gestionnaire [lui] a transmis la décision ».

La chambre de céans constate que si les explications données par le recourant pour justifier la recevabilité de son recours ne sont pas limpides, dès lors qu'il omet de préciser si c'est le 22 mai 2017 – date à laquelle la décision attaquée lui a été réexpédiée par courriel – ou antérieurement qu'il a constaté le virement bancaire l'ayant conduit à prendre contact avec l'OAI, il n'en demeure pas moins que le dossier ne contient pas de preuve dont on pourrait déduire qu'il aurait reçu la décision avant le 22 mai 2017. Il convient donc de se fonder sur ses déclarations et de retenir qu'il a reçu la décision à cette date. Partant, il a agi en temps utile en saisissant la chambre de céans d'un recours le 19 juin 2017 (art. 60 al. 1 LPGa).

Satisfaisant par ailleurs aux exigences – modestes – de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGa (cf. aussi art. 89B LPA), le recours est recevable.

2. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l'espèce, la décision attaquée accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (du 1^{er} avril au 31 août 2016) et nie son droit à des mesures d'ordre professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir le versement de la rente dès le 1^{er} janvier 2016 et au-delà du 31 août 2016, sans remettre en question le refus de l'intimé de lui accorder des mesures professionnelles. Est donc seul litigieux son droit à une rente pour les périodes courant respectivement du 1^{er} janvier au 31 mars 2016 et au-delà du 1^{er} août 2016.

3. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

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

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).

5. L'art. 17 al. 1^{er} 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.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas 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 pratiquement plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié in ATF 133 V 545).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

7. 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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. 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 ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGa). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de

la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, l'intimé, se fondant notamment sur l'expertise du Dr F_____ - auquel le SMR s'est rallié -, a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité, limitée à la période courant du 1^{er} avril au 31 août 2016. Il a retenu que l'assuré était totalement incapable d'exercer la profession d'employé d'entretien depuis le 13 avril 2015, mais qu'il avait recouvré, le 1^{er} juin 2016, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De son côté, le recourant réclame le versement d'une rente dès le 1^{er} janvier 2016 et au-delà du 31 août 2016. Il soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis l'installation de sa prothèse du genou droit et reproche à l'expert ainsi qu'au SMR d'avoir évalué sa capacité de travail sans tenir compte de ses atteintes dorsales et scapulaires. Il critique également le fait que le dossier de l'intimé ne contienne pas de pièces relatives à une première demande de prestations AI qu'il a déposée dans les années quatre-vingts à la suite d'un accident de chantier (chute d'une lourde charge sur son épaule gauche).

11. a. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr F_____, bien que relativement succincte, est fondée sur les indications subjectives de l'assuré, sur un examen rhumatologique complet et une anamnèse, dont il ressort notamment que l'intéressé a jadis été victime d'un accident ayant touché sa clavicule gauche, opérée en 1980 ; l'accident de chantier évoqué par le recourant n'a donc pas été ignoré par l'expert. Cette expertise, dont les conclusions sont claires, motivées et exemptes de contradictions, satisfait dès lors aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Il en ressort une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de nettoyeur, mais de 100% avec une diminution de rendement de 10% dans toute activité adaptée de type sédentaire, permettant à l'assuré d'alterner les positions assise/debout deux fois par heure et d'éviter les marche excédant une demi-heure, les montées/descentes répétées d'escaliers et les positions accroupies.

Les conclusions des spécialistes consultés par l'assuré rejoignent dans une large mesure celles de l'expert F_____. En effet, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure mais entière dans une activité adaptée. Quant au Dr E_____, chirurgien orthopédiste, il a également jugé envisageable l'exercice d'une activité « non manuelle », telle qu'une activité de bureau (cf. notamment ses rapports des 11 novembre 2016 et 17 janvier 2017). De son côté, la Dre B_____, endocrinologue et diabétologue, a d'abord chiffré la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% en juillet 2015, soit avant l'installation de la prothèse du genou droit, puis elle a renoncé, en décembre 2015, à se prononcer sur la capacité de travail et a invité l'administration à s'adresser au médecin orthopédiste de l'assuré. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions des spécialistes consultés par l'assuré ne s'écartent pas fondamentalement de celles de l'expert et qu'elles tendent à corroborer

l'existence d'une capacité résiduelle de travail importante dans toute activité adaptée.

b. Il convient de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, le recourant ne met en évidence aucun élément pertinent et objectivement vérifiable que l'expert F_____ ou ses médecins pourraient avoir omis de prendre en considération. En particulier, c'est en vain qu'il reproche à l'expert d'avoir omis de tenir compte de ses problèmes dorsaux et scapulaires : outre le fait qu'il n'a pas signalé dans sa demande de prestations, déposée en 2015, l'existence d'atteintes dorsales ou scapulaires, a fortiori incapacitante, il ressort de l'expertise (pp. 5 et 7) que le Dr F_____, lors de son examen clinique, n'a pas vérifié uniquement la mobilité de ses genoux mais aussi celle de ses épaules ainsi que de son rachis. Or, cet examen clinique s'est révélé normal et a démontré une mobilité non limitée au niveau des cervicales, du tronc et des articulations périphériques. De surcroît, l'expert a précisé que les mouvements des épaules et du rachis n'entraînaient pas de douleurs. Dans ces conditions, les troubles dorsaux et scapulaires invoqués paraissent impropres à remettre en question les conclusions de l'expertise et c'est à tort que le recourant se prévaut d'une violation de l'obligation d'instruire en relation avec ceux-ci. L'absence de pièces relatives à une première demande de prestations que le recourant aurait déposée dans les années quatre-vingts n'est pas décisive non plus, dès lors que postérieurement à celle-ci, l'intéressé a pu exercer diverses activités lucratives (conducteur de machines-outils, concierge, etc.), y compris à plein temps, pendant plus de vingt ans.

Il sied encore de préciser que l'expert a déjà tenu compte de la persistance de douleurs postérieurement à l'installation de la prothèse, en précisant dans son rapport (p. 6) : « alors que les suites opératoires immédiates se révèlent sans complication, [...] l'assuré va continuer de souffrir de gonalgies droites mécaniques malgré une longue prise en charge de rééducation fonctionnelle active, se rajoutant [à] des épisodes de blocages à quelques reprises en avril 2015 et un autre début juin, contrôle clinique et radiologique réalisé chez les orthopédistes des HUG le 7 juin 2016 vérifiant une normalité de l'implantation prothétique ». Quant au Dr E_____, il a également fait état de douleurs persistantes, mais n'en a pas tiré de conclusion quant à l'aptitude de l'assuré à exercer une activité adaptée. Enfin, contrairement à ce que semble considérer le recourant, le fait qu'un changement de prothèse pourrait s'avérer nécessaire à l'avenir ne remet pas en question la capacité de travail retenue par l'expert, dès lors que ce fait revêt un caractère hypothétique et

ne surviendrait, le cas échéant, que postérieurement à la décision attaquée. Or, le juge appelé à se prononcer sur la légalité d'une décision rendue par une assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b).

c. À défaut d'éléments susceptibles de les remettre en question, la chambre de céans se rallie aux conclusions convergentes de l'expert F_____, du SMR et des médecins du recourant. À l'instar de l'intimé, elle retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail nulle dans la profession de nettoyeur dès le 13 avril 2015, mais de 100% - avec une diminution de rendement de 10% - dans toute activité aux limitations fonctionnelles énoncées par l'expert, dès le mois de juin 2016 au plus tard.

d. S'agissant du début de l'incapacité de travail durable, que le recourant semble remettre en question, le SMR l'a situé au 13 avril 2015, c'est-à-dire à la date à partir de laquelle l'intéressé a cessé de travailler selon les informations communiquées par son ex-employeur (cf. pièce 4 du dossier de l'intimé). La chambre de céans s'en tient à cette date, laquelle n'exclut pas que le recourant ait pu présenter antérieurement des incapacités de travail transitoires, par exemple à la suite de sa première opération du genou, en janvier 2015.

12. a. L'intimé a retenu qu'au terme du délai de carence d'un an, le 13 avril 2016, et jusqu'en mai 2016, l'assuré avait présenté un degré d'invalidité de 100%.

Dès le 1^{er} juin 2016, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 12% en comparant le revenu sans invalidité (CHF 61'708.-) que l'assuré aurait perçu en bonne santé à 100% selon son ex-employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 54'234.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser au même taux malgré son état de santé dans une activité adaptée à ses limitations, après déduction d'une perte de rendement de 10% et d'un abattement de 10% (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau T1_tirage_skill_level [secteur privé et public], niveau 1, indexé ; cf. pour le détail la pièce 45 du dossier de l'intimé).

Le recourant soutient que la table statistique à laquelle s'est référé l'intimé pour évaluer son revenu d'invalidé couvre notamment des activités lourdes, incompatibles avec son état de santé.

b. En l'occurrence, il convient de se référer à l'ESS 2012 plutôt qu'à l'ESS 2014, dès lors que la version 2014 de cette enquête n'était pas encore publiée au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du tribunal fédéral 8C_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4). Par ailleurs, il sied de se fonder sur la table TA1 (secteur privé), applicable en règle générale, plutôt que sur la table T1 (secteurs privés et publics) utilisée par l'intimé, étant donné que le recourant a exercé sa dernière activité dans le secteur privé. Ces deux légères modifications par rapport au calcul effectué par l'intimé ne changent cependant rien à l'issue de la cause. Ensuite, il y a lieu d'appliquer la ligne « total », couvrant l'ensemble des

activités issues des secteurs de la production et des services, car l'on ne se trouve pas dans le cas spécifique, visé par la jurisprudence, d'un assuré ayant travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et pour lequel une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3 et 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). Quoi qu'en dise le recourant, il convient d'admettre que les secteurs de la production et des services offrent un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées à ses limitations fonctionnelles.

c. Compte tenu de l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 62'520.- (CHF 5'210.- x 12 ; ESS 2012, TA1_skill_level, ligne « total »). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 65'177.- (CHF 62'520.- x 41.7 / 40), puis à CHF 66'696.- une fois indexé à 2016 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2012 à 2016, l'indice est passé de 2'188 à 2'239 ; soit CHF 65'177.- x 2'239 / 2'188). En tenant compte de la diminution de rendement de 10% attestée par l'expert et d'un abattement de 10% (cf. infra consid. 14d), on aboutit finalement à un revenu d'invalidité de CHF 54'024.- (CHF 66'696.- x 0.9 x 0.9).

La comparaison des deux revenus déterminants – celui sans invalidité de CHF 61'708.- n'est pas contesté – donne un degré d'invalidité arrondi de 12% [(CHF 61'708.00 – CHF 54'024.00) / CHF 61'708.00 x 100 = 12.45], insuffisant pour justifier le maintien de la rente d'invalidité au-delà du mois d'août 2016.

d. En dernier lieu, le recourant soutient que l'administration aurait dû opérer sur son revenu d'invalidité une déduction de 25% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de ses années de service et du « taux d'activité ».

Le sort de ce grief n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. En effet, même si l'on voulait retenir un abattement maximal de 25%, la comparaison des gains conduirait à un degré d'invalidité de 27%, également insuffisant pour permettre le maintien de la rente [(CHF 61'708.00 – CHF 45'020.00) / CHF 61'708.00 x 100 = 27.04]. Quoi qu'il en soit, le recourant ne soulève aucun argument qui permettrait de s'écarter du taux d'abattement retenu de 10% : pour fixer ce taux, l'administration a déjà tenu compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge, étant précisé que son âge - 58 ans au jour de la décision attaquée - n'atteignait pas encore le seuil à partir duquel le Tribunal fédéral considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète de l'invalidité est nécessaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2 et 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2). Pour le reste, les critères du taux d'occupation partiel et des années de service n'entrent pas en

considération, car le recourant peut exercer à plein temps une activité adaptée, moyennant un rendement légèrement diminué, et n'avait à son actif que quatre années entières de service auprès de son dernier employeur lorsque ses rapports de travail ont pris fin.

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 août 2016, puis y met fin dès le 1^{er} septembre 2016, trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 LAI).

13. La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de se prononcer sur le droit à la rente d'invalidité, il est inutile de renvoyer la cause à l'intimé ou d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves.
14. Mal fondé, le recours est rejeté.
15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Vue l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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