

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1622/2016

ATAS/543/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; MM. Jean-Pierre WAVRE et Willy KNOPFEL, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, ressortissant suisse, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur en radio-télévision-photo, a travaillé en dernier lieu en qualité de monteur-électricien dès le 10 janvier 2000 auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur) à plein temps. Il a travaillé sur différents chantiers dans la construction jusqu'au 2 août 2000.
2. Le 3 août 2000, l'assuré, droitier, a chuté dans les escaliers. Il s'est réceptionné sur la main gauche en extension et s'est fait une entorse de la cheville droite. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) a pris en charge les conséquences de cet événement.
3. Le 20 septembre 2000, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une arthrographie tricompartimentale du poignet gauche, laquelle a mis en évidence une rupture du ligament luno-triquétral et un passage anormal du produit de contraste à la hauteur de l'espace piso-pyramidal.
4. Le même jour, le Dr C_____ a effectué un scanner du poignet gauche, ayant révélé un pincement de l'espace articulaire entre le grand os et le trapézoïde avec sclérose et irrégularité des surfaces articulaires évoquant une lésion dégénérative, une opacification de l'espace articulaire entre l'os pisiforme et le pyramidal et une rupture du ligament luno-triquétral.
5. Au vu de la persistance des douleurs dans l'articulation piso-pyramidale, le 9 janvier 2001, le Dr D_____ a réalisé une arthroscopie diagnostique du poignet gauche, une pisiformectomie du poignet gauche ainsi qu'une neurolyse du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet gauche.
6. Le 2 avril 2001, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une échographie du poignet gauche qui a mis en exergue un conflit de type inflammatoire chronique touchant le plan capsulo-synovial du carpe et le plan périphérique des gaines synoviales sus-jacentes, sans atteinte tendineuse et sans kyste constitué visible.
7. Le 2 mai 2001, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie, a examiné l'assuré et constaté la guérison de l'entorse de la cheville droite, sans séquelles, et la persistance d'un point douloureux au niveau de la cicatrice à la paume de la main gauche avec des douleurs à l'effort et à la pression. Une reprise du travail à titre thérapeutique était préconisée avec augmentation du rendement dans les quatre semaines sans port de charges lourdes.
8. Le 21 mai 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) afin d'obtenir une orientation professionnelle ou un reclassement dans une nouvelle profession. L'assuré a indiqué qu'il souffrait d'un ligament piso-pyramidal déchiré de la main gauche et

de douleurs postopératoires « entraînant une grosse gêne pour la reprise thérapeutique du travail (tâches lourdes impossibles à effectuer) ».

9. Dans son rapport du 7 juin 2001, le Dr D_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une entorse grave piso-pyramidale gauche depuis le 3 août 2000. L'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'au 3 septembre 2000, de 50% du 4 au 14 septembre 2000 et totale à compter du 15 septembre 2000. Ce dernier consultait le praticien depuis le 6 septembre 2000. Les douleurs résiduelles n'étaient pas invalidantes mais justifiaient un reclassement professionnel. Une reprise de travail à 50% était possible à partir du 11 mai 2001 (cf. rapport du Dr D_____ du 25 mai 2001), puis à 100% dès le 1^{er} août 2001 (cf. rapport du Dr D_____ du 21 septembre 2001).
10. Le 13 août 2001, le médecin d'arrondissement de la SUVA a de nouveau examiné l'assuré. Un point douloureux dorsal radio-carpien persistait. L'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail dès le 1^{er} août 2001. La reprise de travail à 50% avait été un échec ; l'employeur, qui ne souhaitait pas tenter l'expérience, avait licencié l'assuré avec effet au 31 juillet 2001. Il convenait de demander un second avis avec examen spécialisé.
11. À la demande de la SUVA, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a examiné l'assuré le 26 septembre 2001 et rédigé son rapport le 4 octobre 2001: elle a observé que l'examen symétrique du poignet gauche montrait un ballonnement normal, sans signe de conflit radio-scaphoïdien, sans atteinte sensitivo-motrice distale, sans signe de tunnel carpien et sans trouble neurologique. La mise sous tension du tendon du cubital antérieur était moins sensible dorénavant. L'assuré était gêné par les suites de l'ablation du pisiforme, mais présentait une capacité de travail normale à l'exception des travaux très lourds. La confection d'un gant avec rembourrage en silicone de la région hypothénarienne était proposée en vue d'être utilisé dans le travail.
12. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet gauche, effectuée le 6 août 2002, n'a pas mis en évidence d'anomalie de la loge opératoire (status un an après la pisiformectomie) et constaté la présence d'un remaniement inflammatoire médullaire de type scléro-géodique de la face plutôt palmaire du trapézoïde, compatible avec des séquelles traumatiques.
13. Dans son courrier du 3 février 2003, adressé à la SUVA, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré souffrait encore de son poignet gauche. Les douleurs étaient localisées au niveau du trapézoïde. Les divers examens montraient une image suspecte de nécrose aseptique du trapézoïde. Le spécialiste a proposé un curetage avec greffe d'os spongieux. Dans son rapport du 12 mars 2003, le médecin d'arrondissement de la SUVA a également constaté des douleurs localisées en regard du trapézoïde dans la partie dorso-radiale du carpe avec conservation d'une mobilité complète du poignet.

14. Le 13 mai 2003, le Dr D_____ a pratiqué une synovectomie radio- et médio-carpienne du poignet gauche, une dénervation dorsale du poignet, une arthroplastie d'interposition de la STT du poignet gauche, un curetage du trapézoïde et une biopsie d'os spongieux. Le pôle distal du scaphoïde présentait sur son cartilage articulaire un gros ulcère préfigurant une arthrose. Les prélèvements effectués montraient des signes focaux de dégénérescence du cartilage articulaire.
15. Dans son rapport du 6 octobre 2003, le Dr F_____ a noté une réduction de la mobilité en flexion dorsale/palmaire du poignet gauche et une force de préhension diminuée de 1/3. L'état de santé n'était pas stabilisé. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de monteur-électricien demeurait justifiée.
16. Selon le Dr D_____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dès le 1^{er} décembre 2003 dans une activité adaptée, telle que standardiste, sans contraintes de la main gauche (cf. rapport du 20 novembre 2003).

Dans son courrier du 21 novembre 2003, le Dr D_____ a décrit que l'évolution était défavorable avec des douleurs quasi-permanentes augmentées aux mouvements et au serrage. La déviation radiale était douloureuse, la scapho-trapézo-trapézoïdienne était tuméfiée et douloureuse à la palpation. Une nouvelle intervention avec excision du pôle distal du scaphoïde et interposition tendineuse était proposée. Cette opération a effectivement eu lieu le 22 juin 2004, et a consisté en une arthroplastie STT par interposition d'une prothèse STPI (cf. protocole opératoire du même jour). En raison du déplacement de la prothèse avec recrudescence des douleurs et une impotence fonctionnelle, le 20 janvier 2005, ont été réalisées l'ablation de cette prothèse, la tendinoplastie scapho-lunaire du poignet gauche et une arthroplastie par interposition tendineuse de la STT gauche (cf. protocole opératoire du même jour).
17. Lors d'un entretien avec la SUVA au domicile de l'assuré le 27 avril 2005, celui-ci a déclaré que l'évolution du poignet gauche était particulièrement lente, mais bonne. La mobilité et la force s'amélioraient progressivement. Il ne prenait plus de médicaments, sauf en cas de crises aiguës. Il suivait des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine. L'activité de monteur-électricien nécessitait passablement de force physique pour tirer de gros et lourds câbles électriques.
18. Dans son rapport du 12 août 2005, le Dr D_____ a relevé des douleurs et une impotence fonctionnelle relative résiduelle du poignet gauche. Les douleurs étaient quasi-permanentes sur la région STT. La déviation radiale était douloureuse. Chaque étape empirait la situation, malgré une fonction objective satisfaisante.
19. Du 12 au 28 septembre 2005, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). L'examen clinique a mis en évidence une amyotrophie modérée du MSG (membre supérieur gauche), une diminution des amplitudes articulaires du poignet gauche, une diminution de l'inclinaison cubitale, sans signe évoquant une algodystrophie, ainsi que des douleurs à la palpation de la tabatière anatomique à gauche. L'assuré a été pris en charge en ergothérapie pour une

désensibilisation et un entraînement de la mobilité articulaire, de la force et de la dextérité. Le bilan de la dextérité fine indiquait des résultats identiques à droite et à gauche, tandis que la force de préhension et la force de pincement révélaient des résultats légèrement moindres pour la main gauche.

Le bilan électro-clinique concluait à une discrète neuropathie cubitale gauche, ainsi qu'une neuropathie d'enclavement du nerf médian au tunnel carpien, avec une atteinte sensitive et myélinique discrète. Les dysesthésies de la région de la tabatière anatomique correspondaient à une atteinte distale de la branche sensitive du nerf radial, due à une neuropathie post-chirurgicale. Étant toutefois de faible importance, un traitement chirurgical, qui ne permettrait pas d'obtenir une réelle amélioration chez le patient qui présentait une mobilité et une force relativement bonne, n'était pas indiqué. Pour la symptomatologie douloureuse, un traitement conservateur pouvait être proposé avec port d'un poignet de force. L'assuré disposait de bonnes capacités à intégrer le poignet dans différentes activités sportives de manière intensive (natation, vélo).

La CRR a conclu que l'assuré présentait une limitation dans des activités de force et de charge pour le poignet gauche et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 28 septembre au 28 octobre 2005. Une reconversion professionnelle devait avoir lieu. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière (cf. rapport de la CRR du 24 octobre 2005).

20. Dans son rapport du 16 décembre 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA a noté que la main gauche n'était pas dystrophique, hormis une discrète hypotrophie au niveau de l'avant-bras gauche et au niveau de la première commissure de la main gauche. Les cicatrices étaient calmes. Se référant au rapport de la CRR précité, le médecin a estimé que la situation devait être considérée comme stabilisée. Un dommage permanent existait, évalué à 10%. L'assuré ne pouvait plus pratiquer d'activités de force, de serrage et de préhension, ni de charge concernant la main gauche. Dans une activité adaptée respectant ces restrictions, la capacité de travail était complète.
21. Dans son rapport du 13 février 2006, le Dr D_____ a mentionné que l'état de santé de l'assuré était stationnaire en ce qui concernait le poignet gauche, qui demeurait douloureux malgré une fonction correcte. Par contre, depuis le 19 janvier 2006, l'assuré était en incapacité de travail totale en raison de la fracture du col du radius gauche suite à un nouvel accident. Une reprise du travail était possible dans un mois environ. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 75% dans une activité adaptée, telle qu'un travail de bureau.
22. Le 15 mai 2006, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle du 12 juin au 8 octobre 2006 auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) en vue d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

-
23. Il ressort du rapport du CIP du 22 septembre 2006 que l'observation en atelier montrait que les limitations physiques étaient compatibles avec toute activité excluant les mouvements répétitifs du poignet gauche et le port de charge. L'alternance des positions devait être possible. L'assuré était apte à suivre une formation de niveau CFC. Il s'était montré actif dans la recherche d'une solution professionnelle. Les orientations suivantes avaient été retenues : spécialiste en environnement, vendeur en article de sport et montage électronique. L'assuré était uniquement focalisé sur une formation en environnement.
24. Par courrier du 14 septembre 2006, l'OAI a fait savoir à l'assuré que la formation de spécialiste de la nature et de l'environnement offrait peu de débouchés professionnels. L'OAI était néanmoins d'accord de prendre en charge les frais relatifs à cette formation, si l'assuré assumait les risques économiques de son choix professionnel. Par courrier du 26 septembre 2006, l'assuré a signé une décharge dans ce sens.

L'OAI a ainsi pris en charge le reclassement professionnel en tant que spécialiste de la nature et de l'environnement en cours d'emploi au sein de l'entreprise U_____ SA du 4 septembre 2006 au 31 juillet 2008, mesure qui a été prolongée une première fois jusqu'au 30 août 2009 afin de permettre à l'assuré de repasser les examens du brevet fédéral, celui-ci n'ayant pas pu se présenter à la première session d'examen en raison d'un problème intestinal ponctuel, puis une seconde fois jusqu'au 4 juillet 2010 ; l'assuré semblait sujet à un important stress lié au passage d'un examen et rencontrait des difficultés liées à un épisode dépressif.

L'assuré percevait des indemnités journalières, sous déduction du salaire versé par l'entreprise.

25. Dans son rapport du 29 septembre 2009, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère à moyen (F 33) depuis 2000. L'assuré le consultait depuis le 10 juin 2009 à raison de deux à trois fois par mois. Le dernier contrôle remontait au 14 septembre 2009. L'épouse s'était éloignée de l'assuré face au changement de caractère de celui-ci. La famille, en crise, était suivie en thérapie familiale. L'enchaînement d'événements malheureux ayant touché l'assuré (entorse de la cheville, déchirure ligamentaire de la main gauche, licenciement, multiples interventions chirurgicales, la perte de fonctionnalité de sa main gauche, les douleurs chroniques du poignet) avaient « cassé ses illusions » et ses convictions sur la vie et son engagement dans le monde du travail. Dans ce contexte, il avait développé progressivement une symptomatologie dépressive (thymie triste, apathie, démotivation, perte d'estime de soi, anhédonie, angoisse, sentiment d'inutilité, retrait social, irritabilité). Ces symptômes s'étaient aggravés dans un contexte de douleur somatique du poignet, de perte de la force et d'échec dans la recherche d'emplois. Suite à la reconversion professionnelle obtenue de la part de l'OAI en 2006, son épisode dépressif s'était amélioré légèrement. Le couple était toutefois confronté à des difficultés avec le fils et l'état dépressif de l'assuré

s'était aggravé (perte de l'élan vital, repli sur lui-même, démotivation, fuite, idées suicidaires, sentiment d'impuissance, incapacité à se concentrer). Dans ces circonstances, il n'était plus en mesure de se préparer pour les examens et échouait à ses épreuves de brevet.

Actuellement, sa thymie était fluctuante, les idées suicidaires persistaient, sans projet de passage à l'acte. L'assuré était fragile, facilement déstabilisé par un événement mineur, angoissé. Les symptômes incluaient : moment de désespoir avec accès de violence verbale, mauvaise estime de soi, anhédonie. Une rechute ou une aggravation de son trouble psychiatrique étaient possibles en raison de la précarité de sa situation sociale et de sa santé. L'assuré ne prenait pas de médicaments.

L'incapacité de travail était totale du 8 juin au 27 juillet 2009. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance n'étaient pas limitées.

26. Le 29 juillet 2010, l'OAI a prolongé une dernière fois la mesure professionnelle au sein de l'entreprise U_____ SA jusqu'à fin juillet 2011 afin de permettre à l'assuré de se représenter aux examens du brevet fédéral.

Celui-ci ne s'est toutefois pas présenté aux derniers examens pour raison psychique (cf. note de l'OAI du 16 juin 2011).

27. Dans son rapport du 21 juin 2011, le Dr H_____ a noté une aggravation de l'état dépressif de l'assuré depuis deux à trois semaines suite à la confrontation à certains aspects de sa vie. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 6 juin 2011. Le traitement psychiatrique intégré était régulièrement suivi, sans prise de médicaments. Le pronostic était favorable à long terme.

28. À la demande de l'OAI, le 19 septembre 2011, le Dr H_____ a complété son rapport. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 33.1) et de traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif. Les symptômes comprenaient : une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, une thymie triste, une réactivité émotionnelle inappropriée, une agitation psychomotrice fluctuante, une perte de confiance en soi, une perte d'estime de soi, une pensée récurrente de mort, une diminution de l'aptitude de pensée et de se concentrer, un isolement social, une tendance aux éclats de colère. L'assuré avait tendance à agir de façon imprévisible, sans considération pour les conséquences, et à entrer en conflit surtout quand il était contrarié. Il avait des difficultés à poursuivre une activité qui ne conduisait pas à une récompense rapide.

Ses capacités cognitives et de concentration étaient restreintes. Il n'était pas en mesure d'effectuer des tâches complexes et stressantes. Il était peu sûr de lui et était rapidement à la limite de ses capacités. Il perdait facilement sa capacité à contrôler ses traits de personnalité émotionnellement labile. Il rentrait alors facilement en conflit avec son entourage.

L'assuré n'avait pas su s'adapter à son environnement de travail. Il avait toujours été mécontent de ses conditions de travail. Il était très critique vis-à-vis de ses collègues et s'était toujours plaint de ne pas être reconnu pour ses compétences. La poursuite du travail exigeait un effort considérable et il n'avait pas réussi à s'investir pour obtenir son diplôme. Il avait désinvesti son rôle familial malgré les difficultés de comportement de son fils et l'échec scolaire de ce dernier. Le pronostic à moyen voire à long terme était très réservé. L'assuré avait essayé sporadiquement un traitement antidépresseur qu'il avait arrêté après quelques jours.

La capacité de travail en tant que technicien en nature et environnement était nulle entre le 6 juin et le 1^{er} août 2011. Le médecin n'était pas en mesure d'évaluer la capacité de travail actuelle ; l'assuré ne venait plus en consultation depuis le 14 juillet 2011.

29. Par avis du 13 octobre 2011, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a décidé de mettre sur pied une expertise psychiatrique, ce dont l'assuré a été informé le 6 février 2012.
30. Le 31 mai 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré et établi son rapport le 18 juin 2012, lequel repose sur le dossier, l'anamnèse et les plaintes de ce dernier.

À cette occasion, l'assuré a déclaré qu'il avait eu le 11 mars 2011, soit le jour du premier anniversaire de la catastrophe de Fukushima, une révélation extrêmement traumatisante : à l'âge de 13 ans et demi, il avait été manipulé et avait eu une relation homosexuelle avec son entraîneur de sport. Il restait constamment préoccupé par ses pensées obsédantes qui devenaient « de pire en pire ». Il regrettait de ne pas avoir dénoncé cette personne qu'il rencontrait dans la rue. Il se sentait à chaque fois bouleversé. Il n'avait actuellement pas de médecin traitant et ne prenait pas de médicaments. Il se levait entre 7 et 8 heures et se couchait vers minuit. Il lisait, s'intéressait à l'information, écoutait beaucoup la musique, pratiquait du sport : vélo en été, ski en hiver et natation. Il ne se sentait pas isolé ; il avait un réseau social suffisant. Il conduisait. Il se plaignait des ruminations obsédantes en lien avec l'événement dont il avait été victime durant son adolescence, ce qui le mettait dans un état de détresse très importante. Il ignorait comment gérer cette situation. Il ne rapportait pas d'hallucinations.

À l'examen, l'expert a observé que l'assuré voulait minimiser la symptomatologie psychiatrique (dépressive) dont il était atteint ; la tristesse, la diminution de l'élan vital, un certain degré de fatigue, l'atteinte à l'estime de soi et des problèmes attentionnels importants étaient présents et avaient un caractère permanent. L'assuré n'avait pas d'idées suicidaires, l'appétit était normal et le sommeil n'était pas perturbé. Les attaques de panique, un évitement phobique, les symptômes d'un état de stress post-traumatique étaient absents. Il était fréquemment en larmes.

L'assuré était un homme manifestement sportif, musclé et svelte. Il était souriant, un peu tendu. Il donnait des informations partielles, embrouillées et parfois

contradictoires, ce qui évoquait le discours de certains psychotiques décompensés. Il était orienté dans le temps et dans l'espace. Il ne présentait pas de troubles attentionnels et mnésiques ni de langage, de sorte qu'une affection psycho-organique n'était pas constatée. Le cours de la pensée était vraisemblablement encore normal. L'impression clinique globale était celle d'un sujet manifestement déprimé. La question d'une psychose décompensée se posait. Les difficultés rencontrées pour établir l'anamnèse évoquaient des troubles de la pensée.

L'expert a retenu le diagnostic de l'épisode dépressif moyen (F 32.2) (recte : F 32.1 ; cf. courrier du Dr I_____ du 6 juillet 2012). La question d'une psychose évoluant actuellement à bas bruit se posait. Le médecin n'était pas en mesure de poser ce diagnostic avec certitude. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'avait pas été contributive. Le trouble bipolaire était ainsi réfuté.

Dans son appréciation, l'expert a écrit qu'aucun argument probant ne permettait de retenir la récurrence ; l'assuré semblait avoir présenté un seul épisode dépressif depuis le printemps 2009 et aucun antécédent dépressif n'avait été rapporté. Les ruminations en rapport avec l'événement vécu à l'âge de 13 ans et demi pourraient être assimilées à des ruminations dépressives ou relever de symptômes psychotiques liés à l'épisode dépressif ou encore s'intégrer dans une problématique obsessionnelle. L'expert favorisait l'hypothèse d'une pathologie psychotique au vu des troubles de la pensée et de la révélation étrangement survenue à la date anniversaire de la catastrophe de Fukushima.

L'assuré présentait des limitations psychiatriques (difficultés à penser et à se concentrer, fatigue, fatigabilité, cognitions négatives liées à la dépression qui diminuaient le rendement au travail, perte de confiance en soi, diminution de l'élan vital qui altéraient la capacité d'élaborer des projets et de les mener à terme). L'incapacité de travail était évaluée à 40% dès le 8 juin 2009, date du premier arrêt de travail attesté par le médecin psychiatre traitant. Depuis lors, ce taux avait pu être constant, l'assuré ayant une activité professionnelle dans un cadre protégé. Des mesures professionnelles ne sollicitant pas excessivement les capacités intellectuelles pourraient s'imposer. Les troubles psychiatriques expliquaient le fait que l'assuré n'ait pas été à même d'acquiescer le brevet qu'il avait projeté d'obtenir. Le pronostic à long terme n'était pas bon. L'évolution vers une pathologie psychiatrique plus grave et une psychose floride étaient probables.

Le traitement était actuellement insuffisant. L'assuré devait être suivi par un médecin psychiatre pendant dix-huit mois, ce qui pouvait avoir des répercussions positives sur sa capacité de travail.

31. Par avis du 23 juillet 2012, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expert.
32. Le 26 juillet 2012, l'OAI a recommandé à l'assuré de se soumettre à un traitement psychiatrique spécialisé en vue de contribuer à sa réadaptation professionnelle, à défaut de quoi, les prestations pouvaient être réduites ou refusées.

33. Par avis du même jour, le SMR, se basant sur le rapport de la SUVA du 16 décembre 2005, celui de la CRR de septembre 2005 et l'expertise psychiatrique, a noté que l'assuré présentait une incapacité de travail durable de 100% dans son activité habituelle de monteur-électricien dès le 3 août 2000, dans les suites d'une entorse au poignet gauche ayant nécessité plusieurs opérations. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, sur le plan orthopédique, dès le 28 septembre 2005, date de sortie de la CRR, réduite à 60% sur le plan psychiatrique à partir du 8 juin 2009. Les limitations fonctionnelles en lien avec la main gauche incluaient la diminution de la force de serrage et de préhension ainsi que l'absence de port de charge. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient celles retenues par l'expert.
34. Le 20 août 2012, l'assuré a été victime d'une collision en vélo. Il a consulté la Permanence de Cornavin SA, laquelle a attesté une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'à fin août 2012, prolongée à maintes reprises jusqu'à fin février 2013, puis pour une durée indéterminée. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
35. Le 27 août 2012, l'employeur a informé la SUVA que l'assuré aurait touché en 2011 un salaire de CHF 31.95/heure pour un plein temps (quarante heures hebdomadaires), majoré de 8.33% pour tenir compte du treizième salaire. En 2005, le salaire horaire de l'assuré s'élevait à CHF 29.35, majoré de 8.33% (cf. courrier de l'employeur du 9 janvier 2006).
36. Lors d'un entretien avec la SUVA le 20 septembre 2012, l'assuré a affirmé qu'il avait été blessé au niveau de la colonne cervicale, la hanche gauche, la jambe gauche, la tête et au visage, ainsi qu'au poignet gauche. Il portait une minerve.
37. Le 15 novembre 2012, la Permanence de Cornavin SA a posé les diagnostics suivants : une fracture C3 et C4, confirmée par le scanner de la colonne cervicale du 20 août 2012, sur contusion (vélo), des gonalgies gauches et une tendinite à l'avant-bras gauche. Le pronostic était bon. Le traitement consistait en la prise d'AINS et de la physiothérapie.
38. L'IRM du genou gauche du 13 décembre 2012 a mis en évidence notamment une lésion de grade II du ménisque interne, sans lésion ligamentaire. Le 21 janvier 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a proposé une arthro-méniscectomie partielle interne du genou gauche.
39. L'IRM de la colonne cervicale du 5 avril 2013 a conclu à une évolution favorable de la fracture du bord inférieur et antérieur du corps vertébral de C3, sans déplacement secondaire ni œdème visible notamment au niveau de l'apophyse épineuse de C4. L'œdème au sein des parties molles postérieures avait disparu. Il existait une importante structure kystique paralaryngée droite s'étendant au niveau de la musculature antérieure du cou en avant du cartilage thyroïde et causant un effet de masse sur les voies aéro-digestives supérieures.

40. Le 6 mai 2013, la Permanence de Cornavin SA a noté que l'évolution clinique avait été progressivement favorable, avec persistance de douleurs cervicales lors de sollicitations de la musculature locale. L'arrêt de travail avait été prolongé afin de permettre la stabilisation des lésions cervicales vertébrales et la récupération d'une fonctionnalité optimale. La capacité de travail, qui devrait pouvoir être récupérée relativement rapidement, dépendait de l'opération du genou gauche.
41. Dans son rapport du 28 juin 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, a relevé des douleurs à la palpation des apophyses épineuses C3 et C4 modérées. La musculature para-cervicale droite et dans une moindre mesure gauche était douloureuse, modérément contracturée. Les trapèzes étaient contracturés, de façon plus nette à droite avec des douleurs. La mobilisation en fin de flexion et en fin d'extension provoquait une exacerbation des cervicalgies. L'épaule gauche était également douloureuse avec une limitation de la rotation externe RE1 à 30° (60° à droite). Le médecin a proposé des séances de physiothérapie et d'acupuncture.
42. Le 10 septembre 2013, l'assuré a été opéré de son genou gauche aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Lors de l'intervention, une chondropathie de grade I du condyle interne a été mise en évidence. Le ménisque étant parfaitement stable, aucun geste de régularisation sur celui-ci n'a été effectué. En revanche, il a été constaté une synoviale légèrement inflammatoire avec un repli synovial pouvant expliquer les douleurs du compartiment interne, de sorte qu'une régularisation de celle-ci a été réalisée. L'assuré a été en arrêt de travail total jusqu'au 8 novembre 2013.
43. Le rapport des HUG du 14 octobre 2013 mentionne que l'assuré présentait toujours une inflammation au niveau de son genou gauche, un mois après l'arthroscopie. L'assuré devait poursuivre sa physiothérapie.
44. Par avis du 10 mars 2014, le SMR a noté que l'assuré était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 20 août 2012 suite à l'accident de la voie publique, mais qu'il avait récupéré une capacité résiduelle cinq mois après l'intervention du genou. Étaient ajoutées aux limitations fonctionnelles somatiques : l'absence de travail à genou, accroupi et en position debout prolongée.
45. Dans son rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2014, l'OAI a rappelé que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison des séquelles au poignet gauche depuis le 3 août 2000. Il avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 28 septembre 2005 dans une activité adaptée aux limitations du poignet gauche, réduite à 60% à partir du 8 juin 2009 en raison d'une atteinte psychiatrique entraînant des limitations fonctionnelles au niveau cognitif, incompatibles avec la réussite de sa formation professionnelle. Aux termes du reclassement professionnel en juin 2011, il disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement. L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de CHF 71'992.- (selon les données communiquées

fournies par l'employeur à la SUVA, soit $[(1'278 (= 31.95 \times 40) \times 8.33\% + 1'384.4574) \times 4 \times 13]$. L'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 33'336.- (correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (simple et répétitive), tous secteurs confondus (total), selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010_TA1, 41.6 heures hebdomadaires, indexé en 2011, au taux de 60% et abattement de 10% au vu du fait que seule une activité légère était possible et de la diminution de la capacité de travail). Par une comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 53.7%, arrondi à 54%.

Au vu des limitations intellectuelles, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Au terme de la convalescence de l'accident d'août 2012, soit depuis février 2014, la capacité de travail était maintenue à 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement. Les limitations supplémentaires liées à l'atteinte au genou gauche n'influaient pas sur le taux d'invalidité.

46. Dans un projet de décision du 28 avril 2014, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mars 2001, puis une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2011.

La capacité de travail de l'assuré, considérablement restreinte depuis mars 2000, demeurait nulle dans toute activité au terme du délai d'attente annuel, au 1^{er} mars 2001, de sorte qu'il avait droit à une rente entière dès cette date. La capacité de travail était jugée complète depuis décembre 2005, date de l'amélioration de son état de santé, et des mesures de réadaptation professionnelle avaient été entreprises dès juin 2006, lesquelles avaient été interrompues en juillet 2011 en raison d'une aggravation de l'état de santé.

Dès le 1^{er} juillet 2011, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. La comparaison des gains aboutissait à un degré d'invalidité de 54%, si bien que l'assuré avait droit à une demi-rente.

47. Par courrier du 27 mai 2014, l'assuré s'est opposé audit projet de décision. Son état de santé s'était dégradé depuis l'accident d'août 2012 et il était encore incapable de travailler. S'agissant des vertèbres cervicales, il persistait une limitation des rotations, des crépitements et ces craquements intermittents lors des mouvements. Les douleurs persistaient au genou gauche malgré l'opération. Les deux épaules restaient douloureuses, en rotation et lors de mouvements brusques et en position statique prolongée. Les douleurs et les engourdissements avaient augmenté au niveau de la hanche gauche. Les traitements physio-thérapeutiques n'avaient pas apporté d'effet bénéfique. Les douleurs au bas du dos seraient en lien avec une compensation sur la hanche droite. Une chute survenue le 25 février 2014 avait causé la fracture du coude gauche pour laquelle il était encore en traitement physio-thérapeutique avec de bonne perspective de guérison.

L'assuré a joint notamment les documents suivants :

- le rapport du 12 novembre 2012 du docteur L_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, selon lequel la fracture antéro-inférieure du corps vertébral C3 et la fracture verticale de l'épineuse C4, non déplacée, sans lésion disco-

ligamentaire présentait une évolution clinique favorable. L'assuré décrivait une amélioration avec la persistance d'une sensation douloureuse musculaire lors de la rotation de la tête dans la minerve. Il ne prenait aucun médicament. Le médecin a prescrit de la physiothérapie pour l'aider à remobiliser et remuscler sa nuque ;

- l'IRM de la hanche gauche du 23 août 2013 a conclu que les articulations coxo-fémorales (les douleurs étaient ressenties en regard de la tête fémorale gauche) ne présentaient pas d'anomalie notable ;
 - L'IRM de l'épaule gauche du 26 août 2013 a relevé des signes d'omarthrose à focalisation inférieure, une grosse formation osseuse développée sur le bord antéro-inférieur de la tête humérale, pouvant correspondre soit à un gros ostéophyte soit à une exostose. Cette lésion ne présentait pas de critère de malignité. Il existait des signes de tendinopathie chronique du sus-épineux sans déchirure, d'un petit épanchement articulaire, sans kyste arthro-synovial et sans signe de bursite sous-acromio-deltaïdienne. Le sous-épineux, sous-scapulaire et le petit rond étaient normaux.
48. Le 5 juin 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'au vu des éléments apportés dans le cadre de la procédure d'audition, la décision sujette à recours serait notifiée après que la procédure administrative en cours auprès de l'assureur-accident prendrait fin.
49. Le 25 septembre 2014, la SUVA a fait parvenir à l'OAI divers documents concernant l'assuré, en particulier :
- le rapport du 1^{er} juillet 2014 du docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel l'assuré était traité par des ondes de chocs, des infiltrations et de la physiothérapie. Le dos restait néanmoins douloureux et des douleurs de compensation de la hanche droite étaient apparues. L'état de santé n'était pas stabilisé. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 août 2012, sans perspective de reprise pour l'instant ;
 - le courrier du 29 août 2014 de Monsieur N_____, psychologue-psychothérapeute FSP, aux termes duquel le soutien psychothérapeutique avait commencé en septembre 2013 jusqu'à fin février 2014. L'assuré n'avait pas complètement retrouvé ses fonctionnalités en dépit des interventions chirurgicales et continuait d'éprouver des douleurs persistantes. Les symptômes psychiques manifestés incluaient : estime de soi basse, profond sentiment d'impuissance face aux tâches quotidiennes à assumer qui l'empêchait d'exercer toute activité familiale, professionnelle et sportive, sentiment d'être victime d'injustice car il ne se considérait pas responsable des accidents subis. L'impossibilité d'exercer les diverses disciplines sportives (ski, randonnée hivernale, vélo) pratiquées influençait négativement sur son équilibre psychique. Le soutien psychologique semblait donner des résultats positifs. L'assuré se sentait motivé pour se rendre aux séances. Il avait répondu

positivement à la stratégie thérapeutique ; son investissement familial s'était accentué puisque lors du décès de sa mère, il s'était impliqué dans toutes les démarches relatives au deuil, ce qui démontrait qu'il possédait des ressources émotionnelles surprenantes ;

- le rapport du 1^{er} octobre 2014 de la docteure O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, laquelle a diagnostiqué, suite au nouvel accident du 25 février 2014, une fracture du coude gauche. L'incapacité de travail était totale dès cette date jusqu'au 11 mars 2014.

50. Lors d'un entretien avec la SUVA le 5 mars 2015, l'assuré a déclaré qu'il avait de la peine à dormir en raison des douleurs à la hanche et à l'épaule. Il prenait du Dafalgan en cas de besoin. Il avait encore des problèmes psychologiques, mais il n'était plus suivi par un spécialiste ; la SUVA ne prenait plus en charge ce traitement (cf. rapport du même jour).

51. À la demande de la SUVA, du 14 juillet au 11 août 2015, l'assuré a séjourné à la CRR en vue d'un bilan multidisciplinaire. Cette dernière a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour rachialgies chroniques, d'origine musculo-squelettique non-spécifique. À titre de diagnostics supplémentaires, étaient retenus : des troubles dégénératifs lombaires, des discrets troubles statiques du rachis (cyphose dorsale à grand rayon de courbure), des cervicalgies d'origine musculo-squelettique non-spécifique, une tendinopathie chronique du moyen fessier gauche, une gonalgie interne droite et une omarthrose bilatérale centrée. Les comorbidités comprenaient : la maigreur, une hyperlaxité constitutionnelle, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

Lors de l'examen d'entrée, l'assuré ne présentait pas de boiterie, ni de signe visible d'une gêne dorsolombaire durant l'entretien de trente minutes en position assise, ni de difficulté aux changements de posture. Les mouvements cervicaux étaient amples, fluides et rapides. Il ne ressentait pas de douleurs à la palpation des apophyses épineuses, ni des muscles trapèzes. En revanche, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens étaient douloureux à la palpation, de même que la palpation médio-cervicale droite.

S'agissant du tronc, il existait une hypotrophie du supra-épineux droit et des infra-épineux des deux côtés. L'extension lombaire provoquait la lombalgie basse et l'inclinaison droite une douleur sur la crête iliaque droite. La percussion dorso-lombaire était sensible dans la région dorsale haute et moyenne. La palpation du tendon et du corps moyen fessier gauche était douloureuse. L'appui monopodal gauche était douloureux avant trente secondes.

En ce qui concernait les hanches, il y avait un signe de tendinopathie du moyen fessier gauche, avec une douleur à la dérotation contrariée de la hanche gauche. Le genou gauche était sec et stable avec une fonction complète et une douleur qui pouvait être reproduite sur l'interligne interne du genou droit. Quant aux épaules, des douleurs existaient à la palpation du processus coracoïde des deux côtés et en

regard de l'insertion de l'infra-épineux à gauche plus qu'à droite. Des douleurs existaient également à la palpation de l'insertion des épitrochléens du coude gauche et dans une moindre mesure à la palpation de la tête radiale, ainsi qu'à la palpation palmaire de la main gauche en regard du scaphoïde et dorsalement à la base du deuxième métacarpien.

À la sortie, l'examen était superposable à celui de l'entrée.

Pendant son séjour, l'assuré a suivi les prises en charge suivantes : physiothérapie, ergothérapie et psychosomatique.

Dans son rapport du 20 juillet 2015, la doctoresse P_____, du service de psychosomatique, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). Elle a relevé que l'assuré ne prenait pas de psychotropes. Son discours était cohérent et structuré. Il n'y avait pas de troubles cognitifs entravant le bon déroulement de l'entretien. La thymie était abaissée. Les affects se modulaient néanmoins de manière harmonieuse aux différents sujets abordés. Il décrivait une baisse de la capacité de motivation, une diminution de l'élan vital et une perte d'accès au plaisir. L'estime de soi était effondrée et il présentait des ruminations concernant le contexte de son accident, la responsabilité d'autrui et les conséquences de sa vie quotidienne. Il n'avait pas d'idées noires ou suicidaires. Sur le plan anxieux, l'assuré ne présentait aucun signe ou symptôme d'un trouble anxieux, ni un sentiment d'insécurité omniprésent, ni une attaque de panique ou une phobie spécifique. Il ne faisait pas de cauchemars. Sur le plan de sa personnalité, il avait une tendance marquée à soigner son apparence et une attention particulière au regard et opinion d'autrui. Il était soucieux de donner une bonne image de lui-même, en bonne condition physique, ce qui contrastait avec son discours selon lequel il présentait d'importantes limitations physiques invalidantes. Il n'exprimait aucune souffrance ou difficulté liées aux relations interpersonnelles. Il abordait régulièrement les éléments traumatiques de son enfance-adolescence soutenant que ses troubles de l'humeur, apparus en 2011, en étaient les conséquences. Il avait peur que ses douleurs s'aggravent. Il présentait une tendance à la catastrophisation. L'intensité des symptômes n'avait pas d'incidence sur les différents domaines de la vie quotidienne (relations sociales, loisirs, vie de famille, tâches administratives) et n'avait pas de valeur incapacitante. Les traits de personnalité présents et l'épuisement des ressources adaptatives devaient être pris en compte dans d'éventuelles mesures de réinsertion professionnelle, l'expérience antérieure s'étant soldée par un échec. L'assuré était encouragé à reprendre un suivi psychothérapeutique en ambulatoire.

Dans son rapport du 22 juillet 2015, le docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a écrit qu'à l'examen clinique était observée une raideur de l'épaule droite en flexion et en abduction avec des douleurs en fin d'amplitude, ainsi qu'une limitation de la rotation externe du côté gauche. La mobilité du coude était symétrique. Au poignet gauche, était retrouvée une limitation de la mobilité en flexion et dans une moindre mesure aux inclinaisons

radio-ulnaires par rapport au côté droit. Hormis les techniques manuelles voire une infiltration en cas de douleurs, le médecin ne proposait pas de mesure de rééducation et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités de force ou en charge avec le poignet gauche, les activités au-dessus du plan des épaules, les ports répétés de charge lourde, les activités nécessitant des mouvements répétitifs des épaules. L'importance de l'intensité des douleurs annoncées et des limitations fonctionnelles perçues contrastaient avec l'impression générale qui ressortait de l'entretien et de l'examen clinique chez l'assuré qui parvenait à pratiquer une partie des activités sportives qu'il avait l'habitude d'exercer. La situation était considérée comme stabilisée pour ce qui concernait les membres supérieurs.

Dans son rapport du 7 août 2015, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, a noté que la fracture de l'apophyse épineuse de C4 avait consolidé et le petit arrachement C3 s'était corticalisé. Les clichés lombaires actuels montraient quelques troubles dégénératifs. Les cervico-cervicalgies et les lombalgies actuelles avaient un caractère intermittent. La lombalgie n'avait pas un caractère incapacitant dans la durée.

Dans son rapport du 10 août 2015, le docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé au niveau du bilan radiologique des petites lésions kystiques dans le plateau tibial externe du genou droit compatibles avec un status après ostéosynthèse et ablation de matériel et des rotules relativement grosses. La douleur apparaissait plutôt après les efforts et les gros mouvements.

La CRR a conclu que l'incapacité de travail dans la profession de conseiller pour la protection de l'environnement était totale du 14 juillet au 11 août 2015, soit pendant la durée du séjour. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était réservé compte tenu des facteurs contextuels défavorables (absence du monde du travail depuis 2011, attente de la résolution de ses douleurs avant de se projeter dans une activité professionnelle, singularités de personnalité pouvant interférer avec le maintien au travail), de la perception d'un handicap fonctionnel très élevé, ainsi que de la perception de douleurs intenses par moment (cf. rapport de la CRR du 24 août 2015).

52. Par avis du 6 octobre 2015, le SMR a noté que les médecins de la CRR attestaient une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, en particulier au niveau psychique. Selon l'expert psychiatre, les troubles psychiques n'étaient pas incapacitants. L'état psychique de l'assuré s'était ainsi progressivement amélioré jusqu'au séjour à la CRR.
53. Dans un projet de décision du 13 octobre 2015 (qui annulait et remplaçait le précédent), l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mars 2001, puis une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2011, laquelle a été supprimée le 30 octobre 2015.

L'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 28 avril 2014 et ajouté que, depuis juillet 2015, selon le rapport précité de la CRR, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès cette période, l'OAI a retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 73'617.- (soit CHF 71'992.-, réactualisé en 2014) et un revenu avec invalidité de CHF 59'517.- (soit le salaire qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), tous secteurs confondus (total), pouvait réaliser selon les ESS 2012 à un temps complet, 41.7 heures hebdomadaires, réduit de 10% au vu du fait que seule une activité légère était possible et de la diminution de la capacité de travail). La comparaison de gains aboutissait un degré d'invalidité de 19%, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

54. Par courrier du 13 novembre 2015, l'assuré a sollicité une prolongation du délai pour formuler son opposition. Il poursuivait son traitement médical et physiothérapeutique. Son épuisement psychologique et physique l'empêchait actuellement d'examiner en détail les divers rapports médicaux et radiologiques afin de présenter ses objections.
55. Par courrier du 7 décembre 2015, l'assuré a contesté le projet de décision. L'OAI, se référant au rapport de séjour de la CRR, considérait à tort que son état de santé s'était amélioré. Les thérapies effectuées avaient augmenté ses douleurs et empiré sa situation. L'OAI n'avait pas pris en compte les conséquences de l'accident d'août 2012, lequel avait empiré son état de santé. Il ressortait des divers rapports médicaux qu'il disposait d'une incapacité totale en raison de sa hanche gauche et des problèmes de compensation sur la hanche droite. Il présentait des limitations fonctionnelles tant physiques que psychiques, lesquelles l'entravaient dans sa vie quotidienne. Il souffrait de troubles du sommeil et les douleurs éprouvées le réveillaient pendant la nuit, ce qui provoquait une humeur fluctuante. Il avait augmenté la consommation de médicaments.

L'assuré a notamment joint le courrier de la Dresse P_____ du 25 novembre 2015, suite à un entretien avec l'assuré le 17 novembre 2015, dans lequel la spécialiste a modifiée certains termes et descriptions employés dans son rapport psychiatrique du 20 juillet 2015. Elle a indiqué que le sommeil était perturbé et requérait la prise ponctuelle de somnifères. L'assuré présentait des idées noires qu'il tentait de surmonter par des activités. Sa souffrance était authentique et il déployait beaucoup d'efforts pour surmonter ses états d'abattement. Il n'y avait pas d'exagérations dans la description de ses difficultés quotidiennes à faire face aux douleurs chroniques, aux limitations fonctionnelles et à sa baisse de moral.

56. Par avis du 15 décembre 2015, le SMR a noté qu'aucun nouvel élément médical ne permettait de s'écarter des conclusions précédentes.
57. Par décision du 20 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.

58. Le 20 mai 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a rappelé qu'il avait eu un accident professionnel le 3 août 2000, qu'il avait bénéficié d'une reconversion professionnelle en 2006, qu'il avait subi quatre opérations avec complications de la main gauche et qu'il avait été licencié en juin 2011. Son état psychologique s'était déstabilisé depuis le 11 mars 2011, date à compter de laquelle il se remémorait des actes d'abus dont il avait été victime durant son adolescence. Depuis le déménagement de l'entreprise dans de nouveaux locaux, il voyait son abuseur presque tous les jours, ce qui avait entravé la gestion correcte de son travail et entraîné un arrêt maladie avant de se retrouver au chômage en juillet 2011. Le 20 août 2012, il avait eu un accident sur la voie publique, provoquant des douleurs pour lesquelles il était encore en traitement et en incapacité de travail totale. Le projet de décision du 13 octobre 2015, retenant un degré d'invalidité de 19%, ne prenait pas en compte l'impact des nombreux traumatismes vécus depuis 2012. Or, le précédent projet de décision (du 28 avril 2014) fixait ce taux à 54%. Le recourant avait arrêté ou diminué les thérapies effectuées suite aux douleurs qui s'étaient accentuées. Il déployait beaucoup d'efforts pour surmonter son état d'abattement. Ses occupations et son mode de vie (athlétique, maigre, port de vêtements sportifs de couleurs vives), donnant l'apparence d'une personne en pleine forme et de bonne humeur, lui portait préjudice lors des évaluations. Il déprimait et avait souvent des idées noires. Vu les difficultés rencontrées depuis 2011 et l'épuisement de ses ressources, il s'était résolu à engager une thérapie profonde et spécialisée en traitement des syndromes post-traumatiques. Pour ces raisons, il ne comprenait pas le changement de position radical de l'intimé.
59. Dans sa réponse du 8 juillet 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'hospitalisation à la CRR, organisée par la SUVA en vue de passer en revue l'état de santé physique et psychique du recourant, avait permis de constater que les troubles dont il souffrait avaient évolué favorablement depuis 2012, époque à laquelle il était atteint dans sa santé psychique essentiellement. Or, il ne bénéficiait à ce moment-là d'aucun suivi psychiatrique ni d'un traitement médicamenteux approprié. L'expert psychiatre avait observé en août 2015 que les symptômes dépressifs n'avaient plus d'impact significatif sur les différents domaines de la vie quotidienne et n'avaient plus de valeur incapacitante. Enfin, les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
60. Dans sa réplique du 31 août 2016, le recourant a répété que son état somatique n'évoluait pas favorablement et que son apparence et son mode de vie « jouaient contre [lui] ». Le Dr I_____ avait déjà relevé lors de l'expertise psychiatrique du 31 mai 2012 que le recourant avait de la peine à accepter ses diminutions, qu'il avait tendance à minimiser son désarroi en restant souriant, courtois et en essayant de garder une certaine dignité. Vu que ce médecin n'avait pas diagnostiqué une dépression de sévérité aiguë, alors que tous les éléments d'un tel diagnostic étaient réunies selon le recourant, une investigation plus détaillée aurait pu permettre de déterminer la gravité des atteintes psychiques endurées. Le recourant se sentait

découragé ; toutes les thérapies étaient infructueuses, malgré son entière et active collaboration. Sa situation familiale se détériorait ; son épouse supportait de moins en moins ses sauts d'humeurs et ses plaintes quotidiennes. Son fils était en prison depuis le mois d'avril, ce qui accentuait son sentiment de culpabilité. Ses souffrances étaient réelles et méritaient d'être prises en considération.

Le recourant a produit notamment les documents suivants :

- le rapport de l'IRM du bassin du 12 avril 2016 du service de radiologie des HUG, aux termes duquel existait une stabilité depuis 2013 de la lésion du col fémoral gauche d'allure bénigne, mesurant 12 mm, ouvrant le diagnostic différentiel de LMSFT (forme bénigne de dysplasie fibreuse) ou lipome intra-osseux essentiellement, sans argument d'un caractère évolutif, ainsi qu'une tendinopathie inflammatoire fessière gauche et une bursite bilatérale prédominante à droite sans autre enthésite dans le bassin et sans anomalie sacro-iliaque ;
- le rapport du 14 juin 2016 du docteur T_____, spécialiste en rhumatologie, lequel a posé les diagnostics suivants : une périarthrite de la hanche gauche, une tendinite de l'insertion distale du TFL gauche, un goitre, et une lombalgie mécanique avec probable atteinte des articulations postérieures. Le recourant présentait une persistance de sa périarthrite de la hanche gauche. L'échographie réalisée deux semaines auparavant avait mis en évidence une très importante bursite en regard de la péri-hanche gauche. L'échographie actuelle montrait une tendinopathie calcifiante très importante du moyen fessier et du petit fessier à gauche avec un aspect très hypoéchogène et tuméfié des deux tendons, avec une petite lame de liquide dans la bourse. Le recourant a de ce fait bénéficié d'une infiltration. L'échographie de la face latérale du genou gauche relevait un aspect hypoéchogène de la partie antérieure de l'insertion du tenseur de fascia lata, sans calcification et sans rupture, ainsi qu'une nette irrégularité de la corticale osseuse en regard de la zone hypoéchogène. Psychologiquement, le recourant vivait une période difficile ; son fils se trouvait en prison depuis deux mois ;
- le rapport du 26 août 2016 du Dr T_____, aux termes duquel le recourant présentait une périarthrite de la hanche bilatérale sévère avec bursite à prédominance gauche depuis environ trois ans. Le recourant figurait parmi les cas les plus graves examinés par le médecin. En dépit des traitements multiples (AINS, antalgiques, physiothérapie, ondes de chocs, infiltrations à répétition, avis chirurgical), cette affection persistait et il était très difficile d'estimer la durée des symptômes. Ainsi, il était nécessaire de poursuivre le traitement par les antalgiques, la physiothérapie et les infiltrations ponctuellement (tous les trois à quatre mois) en fonction des douleurs. Sous l'angle psychologique, le recourant traversait une période très difficile, avec des douleurs persistantes et sévères, des problèmes familiaux et l'impossibilité de travailler dans une

activité de type physique, impliquant des déplacements en voiture de longue durée. Il fallait envisager une reconversion vers un travail moins physique.

61. Dans sa duplique du 26 septembre 2016, l'OAI, qui a joint l'avis du SMR du 16 septembre 2016, auquel il se ralliait, a maintenu sa position.

Selon ledit avis, dans son courrier du 14 juin 2016, le Dr T_____ retenait les diagnostics déjà connus (périarthrite de hanche, tendinite de la fesse gauche, goitre et lombalgies communes) et insistait sur l'importance psychologique des facteurs psycho-sociaux. Si dans son courrier du 26 août 2016, ce médecin retenait une périarthrite de hanche bilatérale sévère, il confirmait cependant qu'une reconversion vers un travail moins physique devait être envisagée. L'IRM du bassin ne montrait que des images de réaction mécanique inflammatoire (tendinite de la fesse gauche et bursite bilatérale), sans signe de gravité. Ainsi, il fallait s'en tenir aux évaluations précédentes.

62. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision litigieuse du 20 avril 2016, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI suscitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans le délai prévu par la loi, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il sera donc déclaré recevable en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut continuer à bénéficier de la rente entière d'invalidité, octroyée à partir du 1^{er} mars 2001, au lieu d'une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2011, laquelle a été supprimée fin octobre 2015. Il s'agit donc de déterminer si la réduction, puis la suppression de la rente sont justifiées.
6. 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).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 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). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement

dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

7. 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société

(ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ce principe s'applique tant à l'égard du médecin de famille généraliste que du médecin spécialiste (arrêt du Tribunal fédéral I.803/05 du 6 avril 2006 consid. 5.5).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. a. En l'espèce, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière dès le 1^{er} mars 2001, avant de la réduire à une demi-rente à partir du 1^{er} juillet 2011, puis de la supprimer fin octobre 2015. Il convient donc d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important justifiant la réduction de la rente, puis sa suppression.

b. À cet égard, s'agissant de la réduction de la rente, l'intimé se réfère, d'une part, à l'avis du SMR du 26 juillet 2012, lequel s'appuie sur le rapport de la CRR du 24 octobre 2005, celui de la SUVA du 16 décembre 2005 et celui de l'expertise psychiatrique du 18 juin 2012. D'autre part, l'intimé se base sur l'avis du SMR du 10 mars 2014 et sur le rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2014.

b/aa. Depuis son premier accident le 3 août 2000, ayant entraîné notamment une rupture du ligament luno-triquétral du poignet gauche, le recourant se plaint de douleurs persistantes à ce niveau-là, de sorte qu'il a subi plusieurs interventions chirurgicales, sans effet positif. Les douleurs étaient quasi permanentes et augmentaient en cas de mouvements et serrage (cf. rapports du Dr D_____ des 21 novembre 2003 et 12 août 2005). Il a alors bénéficié d'un séjour à la CRR en vue d'un bilan du 12 au 28 septembre 2005, laquelle a diagnostiqué une diminution des amplitudes articulaires du poignet gauche, une diminution de l'inclinaison cubitale, sans signe évoquant une algodystrophie, ainsi que des douleurs à la palpation de la tabatière anatomique à gauche. L'atteinte étant de faible importance, un nouveau traitement chirurgical n'était pas indiqué, puisque le recourant disposait d'une mobilité et d'une force relativement bonne. En effet, quand bien même la force de préhension et la force de pincement étaient légèrement moindres pour la main gauche, le recourant, malgré cette atteinte au poignet gauche, était en mesure de pratiquer diverses activités sportives de manière intensive, telles que la natation ou le vélo. Sur cette base, la CRR a conclu que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de monteur-électricien, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter les activités de force et de charge pour le poignet gauche.

b/bb. Ayant également examiné le recourant, le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a relevé une discrète hypotrophie au niveau de l'avant-bras gauche et au niveau de la première commissure de la main gauche, a conclu que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter les activités de force, de serrage et de préhension et le port de charge concernant la main gauche), la capacité de travail était complète (cf. rapport du 16 décembre 2005).

b/cc. En vue de l'examen des aptitudes du recourant à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, celui-ci a bénéficié d'un stage d'observation professionnelle, débuté en juin 2006, auprès du CIP. L'observation en atelier a démontré que les limitations physiques étaient compatibles avec toute activité excluant les mouvements répétitifs du poignet gauche et le port de charge (cf. rapport du CIP du 22 septembre 2006). Le recourant étant motivé à suivre une formation de spécialiste de la nature et de l'environnement, l'intimé a pris en charge le reclassement professionnel en cours d'emploi au sein de l'entreprise U_____ SA, initialement prévu du 4 septembre 2006 au 31 juillet 2008, mais prolongé à trois reprises, dont deux fois en raison d'un épisode dépressif qui empêchait le recourant de passer les examens en vue de l'obtention de son diplôme.

b/dd. Dans ce contexte, le Dr H_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Suite à l'enchaînement d'événements malheureux (accident, atteinte à la santé, opérations) et au conflit familial, notamment avec le fils, le recourant était incapable de préparer ses examens. L'incapacité de travail était totale du 8 juin au 27 juillet 2009 (cf. rapport du 29 septembre 2009). En raison d'une aggravation de l'état dépressif en juin 2011, le psychiatre a ajouté le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le recourant avait tendance à agir de façon imprévisible, sans considération pour les conséquences et entraînait facilement en conflit lorsqu'il était contrarié. La poursuite du travail exigeait un effort considérable et il n'avait pas réussi à s'investir pour acquérir son diplôme. La capacité de travail était nulle du 6 juin au 1^{er} août 2011. Le médecin n'était pas en mesure de l'évaluer pour la période postérieure au 14 juillet 2011, le recourant ne venant plus en consultation depuis cette date (cf. rapport du 19 septembre 2011).

b/ee. Au vu de ces éléments, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Le Dr I_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen. La tristesse, la diminution de l'élan vital, un certain degré de fatigue, l'atteinte à l'estime de soi et des problèmes attentionnels étaient présents. Au vu des ruminations en lien avec les actes d'abus sexuels dont le recourant avait été victime durant son adolescence, événement qui s'était révélé étrangement, selon le recourant, à la date anniversaire de la catastrophe de Fukushima, une éventuelle pathologie psychotique n'était pas exclue, dans la mesure où l'expert avait observé, en outre, des troubles de la pensée. L'incapacité de travail était de 40% dès le 8 juin 2009, date du premier arrêt de travail attesté par le psychiatre traitant. Les limitations psychiatriques comprenaient : les difficultés à penser et à se concentrer, la fatigue, la fatigabilité, des cognitions négatives liées à la dépression qui diminuaient le rendement au travail, la perte de confiance en soi, la diminution de l'élan vital qui altéraient la capacité d'élaborer des projets et de les mener à terme. Des mesures professionnelles ne sollicitant pas excessivement les capacités intellectuelles étaient possibles (cf. rapport du 18 juin 2012).

b/ff. Sur la base de ces documents, le SMR a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 3 août 2000, mais entière dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2005, date de sortie de la CRR, réduite à 60% à partir du 8 juin 2009 pour des motifs psychiatriques. Les limitations fonctionnelles en lien avec la main gauche incluaient la diminution de la force de serrage et de préhension ainsi que l'absence de port de charge. Les limitations fonctionnelles psychiatriques correspondaient à celles retenues par l'expert psychiatre (cf. avis du 26 juillet 2012). Ainsi, aux termes du reclassement professionnel fin juillet 2011 (cf. communication du 29 juillet 2010), le recourant disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement (cf. rapport de réadaptation professionnel du 7 avril 2014).

b/gg. Consécutif à une collision en vélo le 20 août 2012, ayant causé une fracture C3 et C4 et des gonalgies gauches, ce qui a nécessité une opération du genou gauche le 10 septembre 2013, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 20 août 2012 jusqu'à fin février 2013, puis pour une durée indéterminée. Suite à l'opération du genou, il était en arrêt de travail jusqu'au 8 novembre 2013.

b/hh. Dans son avis du 10 mars 2014, le SMR a noté que le recourant était en incapacité de travail totale dès le 20 août 2012, mais qu'il avait récupéré sa capacité résiduelle cinq mois après l'intervention du genou. L'absence de travail à genou, accroupi et en position debout prolongée était ajoutée aux limitations fonctionnelles somatiques. Ainsi, dans son rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2014, l'intimé a retenu qu'au terme de la convalescence de l'accident d'août 2012, soit depuis février 2014, la capacité de travail était maintenue à 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement.

c. Quant à la suppression, l'intimé se réfère au rapport de la CRR du 24 août 2015 et à l'avis subséquent du SMR.

c/aa. Se plaignant de douleurs à la hanche et à l'épaule ainsi que de problèmes psychologiques, le recourant a bénéficié d'un séjour à la CRR du 14 juillet au 11 août 2015 en vue d'un bilan multidisciplinaire. Dans son rapport, la CRR a posé les diagnostics suivants : troubles dégénératifs lombaires, discrets troubles statiques du rachis (cyphose dorsale à grand rayon de courbure), cervicalgies d'origine musculo-squelettique non-spécifique, tendinopathie chronique du moyen fessier gauche, une gonalgie interne droite, omarthrose bilatérale centrée et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les limitations fonctionnelles somatiques suivantes étaient retenues : éviter les activités de force ou en charge avec le poignet gauche, les activités au-dessus du plan des épaules, les ports répétés de charge lourde, les activités nécessitant des mouvements répétitifs des épaules. Les symptômes psychiatriques n'étaient pas incapacitants. L'incapacité de travail dans la profession de conseiller pour la protection de l'environnement était totale du 14 juillet au 11 août 2015, soit pendant la durée du séjour. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était réservé compte tenu des facteurs contextuels défavorables (absence du monde du travail depuis 2011, attente de la

résolution de ses douleurs avant de se projeter dans une activité professionnelle, singularités de personnalité pouvant interférer avec le maintien au travail), de la perception d'un handicap fonctionnel très élevé ainsi que de la perception de douleurs intenses par moment.

c/bb. Sur cette base, dans son avis du 6 octobre 2015, le SMR a retenu une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Les troubles psychiques n'étaient pas incapacitants.

d. Pour sa part, le recourant soutient, d'une part, que son état psychique s'était déstabilisé depuis mars 2011, époque à compter de laquelle il se remémorait des actes d'abus sexuels dont il avait été victime durant son adolescence. D'autre part, son état de santé s'était dégradé depuis l'accident de la voie publique, survenu en août 2012, ayant engendré des douleurs pour lesquelles il était encore en incapacité totale de travailler.

Il convient d'examiner la valeur probante des documents médicaux sur lesquels s'appuie l'intimé.

13. a. Le rapport de la CRR du 24 octobre 2005, celui de la SUVA du 16 décembre 2005, celui de l'expertise psychiatrique du 18 juin 2012 et le rapport de la CRR du 24 août 2015 se fondent sur l'examen du dossier, l'anamnèse, les plaintes du recourant et les observations cliniques. Ils comprennent une analyse complète de la situation médicale et les conclusions sont claires, motivées et convaincantes.

b. En effet, sur le plan somatique, certes le recourant est atteint dans sa santé, ce qui n'est pas contesté. Toutefois, les douleurs ressenties ont fait l'objet d'examens approfondis, notamment à deux reprises par la CRR, laquelle est parvenue à la conclusion que les douleurs n'étaient pas incapacitantes, ce d'autant que le recourant était en mesure d'effectuer des activités sportives de manière intensive, telles que la natation ou le vélo (cf. rapport de la CRR du 24 octobre 2005). À cet égard, le Dr Q_____ de la CRR constatait également en 2015 que l'importance de l'intensité des douleurs annoncées et des limitations fonctionnelles perçues contrastaient avec l'impression générale qui ressortait de l'entretien et de l'examen clinique chez le recourant qui parvenait à pratiquer une partie des activités sportives qu'il avait l'habitude d'exercer. Par ailleurs, même le médecin traitant, le Dr D_____ retenait, dans son rapport du 13 février 2006, soit après les deux interventions chirurgicales du poignet gauche réalisées les 13 mai 2003 et 20 janvier 2005, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, malgré les douleurs éprouvées au poignet gauche et une fracture du col du radius gauche suite à un nouvel accident à cette époque. L'observation en atelier auprès du CIP en juin 2006 avait également mis en évidence que les limitations physiques étaient compatibles avec toute activité excluant les mouvements répétitifs du poignet gauche et le port de charge.

b/aa. Suite à l'accident en vélo le 20 août 2012, le recourant a souffert en particulier d'une fracture C3 et C4, ainsi que de gonalgies gauches. Il éprouvait des douleurs

cervicales lors de sollicitations de la musculature locale, de sorte que son arrêt de travail depuis la date de cet événement avait été prolongé à maintes reprises jusqu'à fin février 2013, puis pour une durée indéterminée afin de permettre la stabilisation des lésions cervicales et la récupération d'une fonctionnalité optimale (cf. rapport de la Permanence de Cornavin SA du 6 mai 2013). La palpation des apophyses épineuses C3 et C4 étaient modérément douloureuse. La mobilisation en fin de flexion en fin d'extension provoquait une exacerbation des cervicalgies (cf. rapport du Dr K_____ du 28 juin 2013). Le 6 mai 2013, la Permanence de Cornavin SA, qui avait fourni les premiers soins, notait que la capacité de travail, qui devait pouvoir être récupérée relativement rapidement, dépendait de l'opération du genou gauche. Cette intervention a eu lieu le 10 septembre 2013 et a nécessité un arrêt de travail jusqu'au 8 novembre 2013 uniquement. Bien que le recourant allègue qu'il souffre encore de douleurs orthopédiques (vertèbres cervicales, genou gauche, hanche gauche, bas du dos), force est toutefois de constater que les documents qu'il a lui-même versé au dossier démontrent que ses atteintes n'atteignent pas un degré de gravité. Le rapport du 12 novembre 2012 du Dr L_____ relève que la facture C3 et C4, en dépit d'une amélioration avec la persistance d'une sensation douloureuse musculaire lors de la rotation de tête dans la tête, présente une évolution clinique favorable. L'IRM de la hanche gauche du 23 août 2013 indique que les articulations coxo-fémorales ne présentent pas d'anomalie notable. L'IRM de l'épaule gauche du 26 août 2013 fait état de signes d'omarthrose à focalisation intérieure, soit une lésion qui ne présente pas de critère de malignité. L'IRM du bassin du 12 avril 2016 met en évidence une stabilité depuis 2013 de la lésion du col fémoral gauche d'allure bénigne.

b/bb. Par ailleurs, lors du séjour à la CRR du 14 juillet au 11 août 2015, le recourant ne présentait pas de boiterie, ni de signe visible d'une gêne dorsolombaire, ni de difficultés aux changements de posture, en dépit des douleurs constatées (palpation des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, palpation médio-cervicale droite, lombalgie basse, crête iliaque droite, palpation du tendon et du corps moyen fessier gauche, appui monopodal, douleur à la dérotation contrariée de la hanche gauche, épaules, coude gauche, main gauche). En ce qui concerne les membres supérieurs, il sera rappelé que le Dr Q_____ avait observé une discordance entre les douleurs annoncées et l'examen clinique, et souligné que le recourant pouvait continuer à exercer des activités sportives. S'agissant de la facture C3 et C4, le Dr R_____ notait qu'elle était consolidée et la lombalgie ne présentait pas un caractère incapacitant (cf. rapport du 7 août 2015). Enfin, même le médecin traitant, le Dr T_____ reconnaît, dans son rapport du 26 août 2016, que le recourant peut, en dépit de ses atteintes, bénéficier d'une reconversion vers un travail moins physique.

c. Sur le plan psychiatrique, certes le recourant a souffert, avec effet sur la capacité de travail, d'un trouble dépressif le 8 juin 2009, en raison de ses douleurs somatiques et d'une crise familiale l'empêchant de pouvoir se préparer aux examens, ainsi que de traits de personnalité émotionnellement labile en juin 2011,

après que le recourant se soit remémoré les actes d'abus sexuels dont il avait été victime durant son adolescence. Cela étant, force est de constater que les symptômes psychiatriques manifestés n'atteignent pas non plus un degré de gravité, ce d'autant que le recourant ne suit pas de traitement psychiatrique ni ne prend de médicaments. En effet, lors de l'expertise le 31 mai 2012, ce dernier a affirmé qu'il lisait, s'intéressait à l'information, écoutait beaucoup la musique, pratiquait du sport : vélo en été, ski en hiver, et natation. Il ne se sentait pas isolé, il avait un réseau social suffisant. Si le Dr I_____ notait, dans son rapport du 18 juin 2012, que le pronostic à long terme n'était pas bon, au vu de la probabilité d'une évolution vers une pathologie psychiatrique plus grave et une psychose floride, force est de constater que tel n'a pas été le cas, puisqu'à l'occasion du séjour à la CRR, la Dresse P_____ relevait que le recourant ne prenait pas de psychotrope. Son discours était cohérent et structuré. Il ne présentait pas de troubles cognitifs entravant le bon déroulement de l'entretien, ni de signe ou symptôme d'un trouble anxieux, ni un sentiment d'insécurité omniprésent, ni une attaque de panique ou une phobie spécifique. Il n'exprimait aucune souffrance ou difficulté liées aux relations interpersonnelles. Alors que le recourant était encouragé à suivre une psychothérapie en ambulatoire, dans son acte de recours, il s'est contenté d'indiquer qu'il s'était « résolu » à engager une thérapie profonde et spécialisée. Or, il n'a produit aucun rapport médical corroborant un tel suivi. Si le recourant avait certes entrepris une psychothérapie auprès de M. N_____ de septembre 2013 à fin février 2014 (cf. courrier du 29 août 2014), traitement que le recourant avait décidé d'arrêter, car la SUVA ne le prenait plus en charge (cf. rapport d'entretien de la SUVA du 5 mars 2015), force est de conclure que la non-prise en charge dudit traitement par l'assureur-accident n'est pas un motif pertinent pour ne pas suivre un traitement recommandé, puisque celui-ci peut être remboursé par l'assurance-maladie (cf. art. 24ss de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 [LAMal – RS 832.10]). De même, alors que la Dresse P_____ a spécifié dans son courrier du 25 novembre 2015, à la demande du recourant, que celui-ci prenait ponctuellement des somnifères en raison d'un sommeil perturbé, force est de constater qu'aucune ordonnance médicale n'atteste la prescription de tels médicaments. Enfin, le recourant reproche, dans sa réplique, le fait qu'une investigation plus détaillée, qui aurait pu permettre de déterminer la gravité de ses atteintes psychiques, n'ait pas eu lieu. Il omet à cet égard qu'en plus de l'expertise du Dr I_____ en 2012, la CRR a mis en œuvre, sur demande de la SUVA, une expertise psychiatrique en juillet 2015. Qui plus est, la détérioration de la situation familiale et le sentiment de culpabilité en raison de l'emprisonnement du fils, soit des faits que le recourant souhaite qu'ils soient pris en considération, car ceux-ci impacteraient sur son psychisme, constituent des facteurs étrangers à l'invalidité, dont l'office AI n'a pas à répondre (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a).

14. Sur le vu de ce qui précède, en l'absence d'éléments qui auraient été omis ou ignorés par les experts, la chambre de céans retient, à l'instar du SMR, que le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le

3 août 2000, entière dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2005, date de sortie de la CRR, réduite à 60% à partir du 8 juin 2009 pour des motifs psychiatriques, maintenue à 60% aux termes du reclassement professionnel en juillet 2011, nulle du 20 août 2012 à fin janvier 2014 en raison des atteintes somatiques consécutives à la collision en vélo, maintenue à 60 % de février 2014 à fin juin 2015, puis entière dès juillet 2015.

Les modifications de la capacité de travail du recourant les 28 septembre 2005, 8 juin 2009, 20 août 2012, 1^{er} février 2014 et 1^{er} juillet 2015 justifient effectivement une révision.

15. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché de travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 6.3).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 22 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. 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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

16. a. En l'occurrence, il convient de rappeler que les degrés d'incapacité de travail ont été les suivants :

- du 3 août 2000 au 27 septembre 2005 : une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- du 28 septembre 2005 au 7 juin 2009 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ;
- du 8 juin 2009 au 19 août 2012 : une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée ;
- du 20 août 2012 au 31 janvier 2014 : une capacité de travail nulle dans toute activité ;
- du 1^{er} février 2014 au 30 juin 2015 : une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée ;
- dès le 1^{er} juillet 2015 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b. À l'échéance d'une année d'attente à compter du 3 août 2000, soit dès août 2001, comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains ; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse au taux d'incapacité de travail (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17b).

c. En ce qui concerne la période du 28 septembre 2005 au 7 juin 2009, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité à CHF 66'133.- (sur la base des données communiquées par l'employeur, soit $[29.35 \times 40] \times 8.33\% + 1'271.7942 \times 4 \times 13$). Le revenu avec invalidité se monte quant à lui à CHF 52'101.- (soit le salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4, total, selon l'ESS 2004_TA1, 41.7 heures hebdomadaires [statistiques de la durée normale du travail dans les entreprises fixées par l'office fédéral de la statistique]), c'est-à-dire $4'588 \times 12 \times 41.7 / 40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 57'396.-. Adapté en 2005 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2004 : 1975 et en 2005 : 1992), le revenu s'élève à CHF 57'890.- ($57'396 \times 1992 / 1975$), dont il y a lieu de retrancher 10% (pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible), ce qui donne un revenu annuel avec invalidité de CHF 52'101.- ($57'890 - 5'789$). Partant, le degré d'invalidité du recourant est de 21.21% ($[66'133 - 52'101] / 66'133 \times 100$), arrondi à 21%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

d. S'agissant de la période du 8 juin 2009 au 19 août 2012, le revenu sans invalidité se chiffre à CHF 70'914.- (soit 66'133.- en 2005, indexé en 2009 [ISS ; en 2005 : 1992 et en 2009 : 2136]). Le revenu avec invalidité se monte à CHF 33'070.- (salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4, total, selon l'ESS

2008_TA1, 41.6 heures hebdomadiers), soit $4'806 \times 12 \times 41.6/40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 59'979.-. Réactualisé en 2009 (ISS ; en 2008 : 2092 et en 2009 : 2136), le revenu s'élève à CHF 61'241.- ($59'979 \times 2136/2092$) pour un plein temps, mais à CHF 36'745.- pour taux d'occupation de 60%. Il convient encore d'appliquer à ce revenu une déduction de 15%. En effet, compte tenu du fait que seule une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles est possible, de l'absence prolongée du recourant du monde du travail, soit neuf ans depuis 2000, et du taux d'occupation, une déduction de 15% apparaît plus appropriée (cf. dans ce sens ATAS/958/2016 du 22 novembre 2016 consid. 12d et les arrêts cités). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à CHF 31'233.- ($36'745 - 5'512$). Le degré d'invalidité est ainsi de 55.95% ($(70'914 - 31'233)/70'914 \times 100$), arrondi à 56%, ce qui donne droit à une demi-rente.

e. Pour la période du 20 août 2012 au 31 janvier 2014, à l'instar du consid. 16b ci-dessus, une capacité de travail nulle dans toute activité donne droit à une rente entière.

f. Pour ce qui est de la période du 1^{er} février 2014 au 30 juin 2015, le revenu sans invalidité est de CHF 73'617.- (soit 71'992 en 2011 [cf. rapport de l'intimé du 7 avril 2014], adapté en 2014 (ISS ; en 2011 : 2171 et en 2014 : 2220). Quant au revenu d'invalidité, il se chiffre à CHF 30'891 (salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1, total, selon l'ESS 2014_TA1, 41.7 heures hebdomadiers), soit $5'312 \times 12 \times 41.7/40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.- pour un plein temps, mais à CHF 39'872.- au vu de la capacité de travail de 60%, montant auquel il convient de déduire 15%, ce qui donne un revenu avec invalidité de CHF 33'891.- ($39'872 - 5'981$). Le degré d'invalidité est dès lors de 53.96% ($(73'617 - 33'891)/73'617 \times 100$), arrondi à 54%, ce qui donne le droit à une demi-rente.

g. Enfin, dès le 1^{er} juillet 2015, le revenu sans invalidité est de CHF 73'816.- (soit 71'992 en 2011, adapté en 2015 [ISS ; en 2011 : 2171 et en 2015 : 2226]). Quant au revenu d'invalidité, il se chiffre à CHF 56'638 (soit 66'453.- selon l'ESS 2014, réactualisé en 2015 [ISS ; en 2014 : 2220 et en 2015 : 2226], c'est-à-dire $66'453 \times 2226/2220 = CHF 66'633.-$, montant auquel il convient de retrancher 15% pour les motifs exposés ci-dessus, ce qui donne un revenu annuel de CHF 56'638 ($66'633 - 9995$) pour un plein temps. Le degré d'invalidité est ainsi de 23.27% ($(73'816 - 56'638)/73'816 \times 100$), arrondi à 23%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

h. Au vu de ce qui précède, la décision querellée, en tant qu'elle ne tient pas compte des degrés d'incapacité de travail, en particulier du 28 septembre 2005 à fin janvier 2014, pourtant retenus par le SMR, sera annulée.

17. Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois).

En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 136 V 45 consid. 6.2).

18. a. En l'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à partir du 3 août 2000, de sorte qu'il a droit à une rente entière dès le 1^{er} août 2001 (soit à l'échéance d'une année), et non pas dès le 1^{er} mars 2001, comme retenu à tort par l'intimé. La rente entière sera supprimée à compter du 1^{er} janvier 2006, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 28 septembre 2005.
- b. Dès lors que le recourant a présenté une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à partir du 8 juin 2009, il a droit à une demi-rente dès le 1^{er} juin

2010 (soit à l'échéance d'une année). Le recourant a ensuite droit à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2012 (soit trois mois après l'aggravation de son état de santé survenue le 20 août 2012), à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2014 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain survenue le 1^{er} février 2014), laquelle sera supprimé dès le 1^{er} octobre 2015 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 1^{er} juillet 2015).

19. Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} août 2001 au 31 décembre 2005, à une demi-rente du 1^{er} juin 2010 au 30 novembre 2012, à une rente entière du 1^{er} décembre 2012 au 30 avril 2014, à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2014, laquelle sera supprimée dès le 1^{er} octobre 2015.
20. Le recourant, non représenté par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure (cf. ATAS/383/2017 du 16 mai 2017 consid. 16).
21. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 20 avril 2016.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} août 2001 au 31 décembre 2005, à une demi-rente du 1^{er} juin 2010 au 30 novembre 2012, à une rente entière du 1^{er} décembre 2012 au 30 avril 2014, à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2014, laquelle sera supprimé dès le 1^{er} octobre 2015.
5. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues.
6. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure au recourant.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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