

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4364/2009

ATAS/965/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 27 septembre 2010

En la cause

Monsieur G _____, domicilié aux Acacias, représenté par
PROCAP Service juridique

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Christine BULLIARD
MANGILI, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur G _____ (ci-après l'assuré), d'origine espagnole, né en 1951, installé à Genève depuis 1967, a obtenu un CFC de monteur sanitaire en 1970. Depuis 1998, il travaille pour l'entreprise X _____ SA.
2. L'assuré a été victime d'un accident le 24 mars 2006, touchant son genou gauche, d'un deuxième accident le 7 décembre 2006, concernant l'épaule gauche, et d'un troisième accident le 7 juin 2007, touchant la cheville gauche. Ces accidents ont été annoncés à la SUVA. L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2006.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) le 8 février 2007.
4. Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 19 février 2007 que le salaire de l'assuré s'élevait à 29 fr.42 de l'heure depuis le 1er janvier 2006. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré mentionne, pour l'année 2005, un salaire annuel de 60'304 fr.
5. Selon le rapport médical du 19 février 2007 du Dr L _____, médecin traitant de l'assuré, le diagnostic est une fracture (illisible) du genou gauche, des raideurs et des douleurs séquellaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé est stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Une autre activité est exigible, mais sédentaire, sans charges, ni marche et avec un rendement de 50 %.
6. L'assuré a été ausculté par le médecin d'arrondissement de la SUVA dont le rapport du 24 janvier 2007 conclut que l'évolution n'est pas favorable. Il existe une importante réduction fonctionnelle du genou gauche dont l'étendue n'est pas expliquée totalement par l'importance des lésions traumatiques. La situation du genou s'est compliquée par une chute sur l'épaule gauche, avec actuellement une importante réduction de mobilité de cette articulation. En raison de la longue évolution, de l'association des lésions du membre inférieur et du membre supérieur, de l'importance des atteintes fonctionnelles actuelles, un séjour en clinique de réadaptation est indiqué.
7. L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la clinique romande de réadaptation du 6 mars au 4 avril 2007. Selon le rapport médical du Dr M _____, spécialiste en médecine physique, de réadaptation et chirurgie orthopédique, du 4 mai 2007, le diagnostic primaire est "thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)". Les diagnostics secondaires sont "fractures non déplacées du massif des épines et fracture-arrachement peu déplacée, du condyle fémoral

interne du genou gauche, traitées conservativement, ménissectomie partielle internes par arthroscopie le 14 septembre 2006, algodystrophie du genou gauche, arthrose femoropatellaire du genou gauche, contusion de l'épaule gauche le 7 décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante". Les co-morbidités sont un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, un diabète de type II traité par antidiabétiques oraux, une paraprotéïnémie IgG Kappa, à investiguer, une fracture de la cheville gauche en 1990 et une fracture de la cheville droite en 1994, ostéosynthésées et anamnestiques. Le statut ostéo-articulaire mentionne que le patient marche avec une canne. Sans canne, seuls quelques pas sont effectués avec une importante boiterie. La marche sur les talons et les pointes est esquissée mais n'est pas réalisée. L'accroupissement n'est pas possible, l'appui sur le pied gauche non plus. Le passage de la position assise à couchée est réalisé seulement si la jambe gauche est soutenue par la main. L'amplitude articulaire active (130° contre 90°) et passive (145° contre 110°) du genou est nettement plus importante à droite qu'à gauche. La palpation du genou gauche est douloureuse. S'agissant des épaules, la ceinture scapulaire est surélevée à gauche par rapport à la droite. La palpation de l'épaule gauche est sensible. L'amplitude articulaire est beaucoup plus importante à droite qu'à gauche (170° contre 90°). Procédant à l'appréciation et la discussion du cas, le médecin reprend le status et commente le bilan radiologique, lequel aboutit au diagnostic mentionné plus haut. S'agissant de l'épaule, outre la capsulite, le bilan radiologique montre des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Durant le séjour, le patient a suivi un programme de physiothérapie de mobilisation articulaire, de remise en charge, de rééducation à la marche et de renforcement musculaire. À la sortie, il utilise un bâton de marche au lieu d'une canne et sur des petites distances, il marche sans canne. Les escaliers sont effectués un pas après l'autre, la position sur le pied gauche n'est pas tenue. Les douleurs au genou augmentent durant le séjour. En conclusion, le médecin indique que l'on peut présumer que l'évolution sera longue chez un patient présentant peu de ressources adaptatives. La situation médicale n'est pas stabilisée et il est trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'incapacité de travail est prolongée du 5 avril au 3 mai 2007.

8. Selon le rapport du consilium psychiatrique de la clinique romande réadaptation du 12 mars 2007, le diagnostic est un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.
9. Selon le rapport médical intermédiaire du 5 juillet 2007 du Dr L_____, la situation est stationnaire. La capacité de travail est nulle dans toute activité et le pronostic est extrêmement réservé. Selon le rapport médical intermédiaire du 2 novembre 2007 du Dr L_____, la situation s'est aggravée, suite à une fracture de la cheville gauche le 7 juin 2007, aucun travail n'est envisageable dans l'état actuel.

10. Par rapport du 14 février 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr N_____ conclut, après un examen médical complet et l'examen des radiographies que la situation ne s'est pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis 1 an, de sorte qu'il faut admettre qu'elle est stabilisée. Il reprend les diagnostics posés par la clinique de réadaptation. En raison des séquelles de l'accident, la profession de plombier ne peut plus être reprise. Une profession de substitution ne peut être réalisée qu'en position assise, mais en tenant compte des limitations de mobilité de l'épaule gauche en rotation externe, abduction et flexion, la position assise ne pouvant pas être maintenue de manière continue sans pause supplémentaire. Il existe un dommage permanent et l'atteinte à l'intégrité est provisoirement fixée à 15%.
11. L'OAI a mandaté le Dr O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique pour procéder à une expertise de l'assuré. Selon le rapport du 25 mars 2008, les diagnostics sont : status deux ans après fracture du massif des épines et fracture-arrachement du condyle fémoral interne du genou gauche, traitées conservativement ; status dix-huit mois après méniscectomie postéro-interne du genou gauche ; épisode algo-neuro-sytrophique intercurrent du membre inférieur gauche ; pré-arthrose interne du genou gauche ; status dix-huit ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole interne gauche, status neuf mois après fracture non déplacée de la malléole interne gauche ; possible arthrose tibio-tarsienne gauche débutante ; status quinze ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe de la cheville gauche ; status seize mois après contusion de l'épaule gauche ; tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, avec insuffisance du muscle sous-scapulaire du côté droit et possible insuffisance du sus-épineux du côté gauche.

Lors de l'auscultation du patient, l'expert relève une mobilité réduite de l'épaule gauche et des douleurs ; une importante boiterie à gauche, l'appui unipodal étant impossible de ce côté-là, de même que l'accroupissement. Le passage de la position debout-couché implique le soutien du membre inférieur gauche. Toute manipulation du membre inférieur gauche déclenche des douleurs et des mouvements de retrait. Le membre présente une hypotrophie musculaire globale et une limitation des amplitudes articulaires. Le genou gauche présente une laxité pathologique, une hypersensibilité au toucher. Le patient parvient tout juste à décoller son talon, lorsque le genou est en extension. La cheville gauche est globalement et discrètement empâtée et la mobilité est réduite par rapport à la droite.

S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin examine chaque pathologie et sa répercussion fonctionnelle. En premier lieu, s'agissant de la cheville gauche, les séquelles sont modestes. Il y a une ébauche ostéophyttaire antérieure du pilon tibial, assez banale chez un patient de 57 ans. Toutefois, le potentiel évolutif de cette pré-arthrose est réel. Le status clinique est favorable, la mobilité articulaire de la

cheville gauche étant proche de la norme, justifiant toutefois une fatigabilité accrue à ce niveau. L'atteinte résiduelle de la cheville gauche est modeste et influe de façon peu substantielle sur la capacité de travail. En second lieu, la situation est différente s'agissant du genou gauche. La fracture des épines ne laisse pas des séquelles significatives, mais la ménisectomie interne, faite en septembre 2006, laisse un état de pré-arthrose, qui génère une limitation de la capacité de travail. La situation s'est compliquée par l'apparition d'un syndrome dystrophique réflexe, touchant une bonne partie du membre inférieur. S'il n'y a plus d'expression scintigraphique de ce syndrome, il persiste une hypotrophie musculaire régionale, une appréhension et des phénomènes de lâchage du genou. Les douleurs marquées à la manipulation du membre, les mouvements de retrait, ne trouvent pas d'explication anatomique évidente, mais assombrissent le tableau et jouent un rôle défavorable. En troisième lieu, la fracture de la malléole externe de la cheville droite ne laisse pas de séquelles fonctionnelles significatives et n'influe pas sur la capacité de travail. En dernier lieu, il reste la problématique de l'épaule gauche, qui présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, avec un conflit sous-acromial. L'atteinte semble modérée, mais une appréciation nuancée est difficile, compte tenu des plaintes importantes, peut-être exagérées. Ces pathologies présentent des douleurs à l'effort, une fatigabilité accrue, des douleurs nocturnes.

En pondérant les divers éléments précités, et en s'appuyant sur les éléments objectifs, ainsi que le handicap prévisible de chacune des pathologies dégénératives que présente le patient, le médecin indique que la reprise en plein de l'ancienne activité de monteur sanitaire est définitivement compromise. Une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % au maximum paraît encore possible, pour autant que l'on puisse libérer le patient de son attelle et respecter les nombreuses limitations fonctionnelles : l'accroupissement, l'agenouillement sont difficiles ; le mouvement de force en traction/torsion des membres supérieurs également ; le port de charges au-delà de cinq kilos, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers, et les gestes sur une échelle sont exclus.

Le patient peut exercer sans gêne significative des activités en position assise, pour autant qu'il puisse se lever régulièrement, et sans maniement d'objets lourds, soit une activité de bureautique, informatique, téléphoniste, micro-électronique, emballage et représentation.

L'amélioration de la capacité de travail au poste occupé n'est pas possible, l'incapacité de travail de plus de 20 % date de mars 2006, la capacité résiduelle de travail est de 50 %, pour autant que le sentiment d'appréhension puisse être levé.

12. Selon l'avis du SMR du 22 mai 2008, l'incapacité de travail est totale dans l'activité antérieure et entière dans l'activité adaptée, de sorte que des mesures professionnelles sont indiquées.

13. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle avec paiement d'indemnités journalières du 6 octobre 2008 au 18 janvier 2009. La mesure a finalement été limitée au 30 novembre 2008. Le rapport d'orientation du 18 décembre 2008 conclut que l'assuré n'arrive pas à tenir la position assise plus d'une heure sans avoir à se lever et marcher cinq à dix minutes, la position statique debout n'est pas tenable, l'assuré ne peut pas utiliser les escaliers, les capacités manuelles de l'assuré sont exploitables pour une gestuelle de moyenne amplitude, le rythme de travail est lent et le rendement est faible et non exploitable dans le milieu économique. Le monde économique usuel ne propose pas d'activité susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffre l'assuré et seule une activité en atelier protégé est envisageable. S'agissant des capacités d'adaptation et d'acquisition des connaissances, l'assuré s'exprime de façon compréhensible, la capacité d'apprentissage est limitée aux gestes simples et celle de compréhension est correcte, mais il écrit difficilement le français. Il est centré sur ses atteintes et a de gros problèmes d'attention et de concentration, il manque de systématique et de rigueur, une formation pratique, courte et simple est envisageable, mais les formations de ce type ne peuvent pas être prises en considération. S'agissant des capacités d'intégration sociale, l'assuré a une bonne écoute, il s'intègre bien dans un groupe, se montre accueillant et ouvert. Après une intégration au stage sans motivation, celle-ci s'est ensuite améliorée, l'assuré a essayé d'aller au bout des exercices, faisant preuve de persévérance, de bonne volonté. Il a également, à peine perdue mais courageusement, fait des démarches pour des orientations qu'il savait impossibles.
14. Selon une note de travail du service de la réadaptation de l'OAI du 12 janvier 2009, la capacité de travail retenue par le SMR est de 100% dans une activité adaptée, et de 50% selon le médecin traitant, mais il y a certainement une diminution de rendement en raison de la nécessité de faire des pauses selon la SUVA, qui n'a pas indiqué de taux. Selon un courriel de la SUVA du 16 janvier 2009, celle-ci a déterminé un degré d'invalidité de 28% et précise qu'aucune diminution de rendement n'a été envisagée.
15. Selon le rapport médical du SMR du 29 janvier 2009, les atteintes ne justifient pas pour des raisons médicales une diminution du rendement, qui est de 100%.
16. Le rapport final de réadaptation du 2 février 2009 de l'OAI conclut à un taux d'invalidité de 26%, sur la base, d'une part du dernier revenu de l'assuré indexé à 2008 (68'775 fr.) et d'autre part, du salaire avec invalidité ressortant de l'ESS 2006, TA1, homme, niveau 4, reporté à 41,7 heures de travail, indexé à 2008, avec un rendement à 100%, et un abattement de 15% (51'192 fr.). Le rapport retient, sur la base de l'avis du SMR que l'avis des EPI ne peut pas être suivi car il n'est pas objectif et que l'assuré n'avait qu'une faible motivation.

17. Par projet de décision du 13 février 2009, l'OAI envisage d'allouer une rente entière d'invalidité du 24 mars 2007 au 31 mai 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en février 2008, la capacité de travail étant totale dans une activité adaptée dès cette date.
18. Le Dr L_____ indique à l'OAI par pli du 2 mars 2009 qu'il n'y a eu aucune amélioration au cours de l'année 2008. Le SMR précise le 17 avril 2009 que, malgré une canne et la prise de 300 mg de Tramal par jour, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
19. Par décision du 9 septembre 2009, la SUVA alloue une rente d'invalidité de 28% à l'assuré, estimant qu'il peut exercer une activité légère permettant de réaliser un revenu de 4'150 fr. comparé au revenu qu'il aurait obtenu sans accident de 5'800 fr. L'appréciation médicale implique une atteinte à l'intégrité corporelle de 35%. L'assuré a formé opposition à cette décision.
20. Par décision du 13 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.
21. Par acte du 4 décembre 2009, l'assuré forme recours, conclut à l'annulation de la décision, à la constatation du droit de l'assuré aux prestations d'invalidité. Il fait valoir que la décision exclut à tort toute diminution de rendement, le Dr L_____ retenant quant à lui une diminution de rendement de 50%. La nécessité d'effectuer des pauses même dans une activité adaptée implique forcément de tenir compte d'une diminution de rendement. Même le Dr O_____ admet que l'assuré doit pouvoir se lever régulièrement dans le cadre d'un travail assis. En tenant compte de la nécessité de faire une pause de 10 minutes toutes les heures, le rendement est réduit de 50%, de sorte que le revenu d'invalidité est de 25'596 fr. impliquant une invalidité de 62,7%. (60'226 fr. /. 2 - 15%).

L'assuré a joint à son recours deux rapports médicaux du Dr P_____, spécialiste en médecine interne, des 16 et 25 novembre 2009. Le premier pose comme diagnostic une fracture non déplacée du massif des épines et fracture-arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche, déchirure du ménisque interne, algo-dystrophie du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire externe préexistante à l'accident, capsulite rétractile de l'épaule gauche, suite à l'accident de décembre 2006, fracture de la cheville gauche en juin 2007. Le médecin précise que le patient n'est plus capable de travailler dans sa profession de plombier à cause des séquelles de l'accident, soit des douleurs chroniques du genou, de la cheville et de l'épaule gauche, avec boiterie et limitations fonctionnelles. Le patient ne peut travailler qu'assis et pas de façon prolongée, avec des limitations importantes dans l'utilisation de l'épaule gauche. Il n'existe probablement pas d'activité qui corresponde à ses limitations dans la réalité. S'il existe une telle activité, le patient a un rendement diminué de 50 %. Son avis du

25 novembre 2009, postérieur à l'expertise du Dr O _____, précise que les séquelles de nature orthopédique sont susceptibles de diminuer la capacité de travail même dans une activité adaptée, car, comme l'indique le Dr N _____, une profession de substitution en position assise peut être effectuée en tenant compte des limitations de mobilité (illisible) et ne pourra être maintenue sans pause supplémentaire. Le Dr O _____ admet d'ailleurs que la longue palette d'activités que le patient pourrait exercer sans gêne spécifique doit toutefois prévoir qu'il puisse se lever régulièrement pour dérouiller les articulations de ses membres inférieurs. Au demeurant, l'assuré n'a aucune formation ni connaissance suffisante de la langue pour exercer les travaux proposés par le Dr O _____ dans la bureautique, l'informatique, etc.

22. Par avis du 3 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise du 25 mars 2008 du Dr O _____ est probant, que le Dr N _____ a retenu que le patient était capable de reprendre le travail en février 2008 et qu'aucune diminution de rendement n'avait été retenue par la SUVA ou l'expert.
23. Par ordonnance du 23 mars 2010, le Tribunal de céans a ordonné une expertise orthopédique et a mandaté le Dr Q _____.
24. Le rapport d'expertise du Dr Q _____ du 21 avril 2010 indique que les radiographies anciennes du patient n'ont pas pu être obtenues malgré plusieurs appels à la SUVA, mais que l'absence de comparaison entre clichés ancien et nouveaux n'a pas d'influence sur ses conclusions. L'expert reçoit et examine le patient les 14 et 20 avril 2010. Il procède à une anamnèse sociale, par systèmes, d'antécédents et actuelle très détaillée du cas. En particulier, il met en exergue les avis concordants de tous les médecins en 2007 et 2008 sur l'importance des pathologies et leur influence sur sa santé, l'expert de la SUVA retenant notamment que, dans une profession de substitution, la position assise ne pourra pas être maintenue sans pause supplémentaire et le Dr O _____ retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

S'agissant des plaintes du patient, elles concernent les douleurs principalement au genou gauche et à l'épaule, péjorées par les mouvements du bras, et à la cheville gauche. Il porte en permanence une attelle au genou et une canne.

Durant l'examen, le médecin observe que la boiterie est importante, la marche sans canne est difficile, le patient cherche sans cesse un appui, le déshabillage est lent et l'examen debout est difficile, tous les mouvements de l'épaule gauche sont limités.

Les constatations objectives mentionnent une mobilité passive et active réduite de l'épaule gauche (110/0/30 contre 160/0/40 à droite) et des douleurs à la palpation des sous et sus-épineux et de la gouttière bicipitale à gauche. Les signes de Neer, le palm-up test, Hawkins et Jobe sont positifs à gauche et négatifs à droite. La force

de flexion du coude gauche est diminuée. S'agissant de la jambe gauche, la mobilité est réduite au niveau du genou (90/10/0 contre 120/0/0 à droite), des hanches (90/0/0 : flexion/extension; 20/0/20 : abduction/adduction; 20/0/20 : rotation interne/externe (les trois mouvements provoquant des douleurs au genou) contre 100/0/0; 70/0/20, 30/0/45 à droite). Tous les mouvements du membre inférieur gauche se font avec appréhension, contractions volontaires et retrait. Il y a une amyotrophie de la cuisse, un minime épanchement du genou, une douleur nette sur l'interligne interne, la palpation de la rotule est douloureuse. La cicatrice interne de la malléole est hypersensible et névromateuse, celle externe est souple et indolore.

Les radiographies effectuées le 14 avril 2010 montrent un pincement femorotibial interne, des épines tibiales effilées, de l'ostéoporose et une subluxation de la rotule (genou gauche), un status après ostéosynthèse par plaque vissée, de l'arthrose de l'ostéoporose et un éperon calcanéen (cheville gauche), et des signes indirects de conflit sous acromial gauche (épaule gauche).

Le médecin pose les diagnostics suivants:

1) Fracture du massif des épines du genou gauche en 2006. 2) Fracture du condyle interne du genou gauche en 2006. 3) Déchirure du ménisque interne du genou gauche en 2006. 4) Algodystrophie du genou gauche en 2006. 5) Arthrose débutante du genou gauche. 6) Fracture non déplacée de la malléole interne gauche en 2007. 7) Status après fracture de la cheville gauche en 1990 ostéosynthésée. 8) Arthrose interne de la cheville gauche. 9) Névrome cicatriciel sur le bord interne de la cheville gauche. 10) Arthrose débutante de la cheville gauche. 11) Status après fracture de la cheville droite, ostéosynthésée en 1993. 12) Contusion de l'épaule gauche en 2006, suivie d'un conflit sous acromial et d'une capsulite de l'épaule. 13) Troubles psychiques d'adaptation 14) Diabète insulino-dépendant traité. 15) Hypertension traitée. 16) Surpoids.

En résumé de l'anamnèse, l'expert conclut que le patient était âgé de 56 et 57 ans au moment des trois accidents. Il est actuellement âgé de 59 ans, plombier, sans CFC et sans aucune autre formation. Il présente une impotence globale sévère, manifestée par une marche hésitante, avec importante boiterie du membre inférieur gauche, nécessitant le port d'une canne et d'une attelle du genou à demeure. Il note également une impossibilité de se déplacer, voire de tenir debout sans cannes, à cause d'une instabilité subjective du genou gauche et des douleurs du genou gauche et de la cheville gauche. La position assise n'est possible qu'avec un genou gauche en flexion à 70°. Il présente également une impotence de l'épaule gauche, confirmée par l'examen objectif, soit un déficit en rotation externe, flexion, abduction et rotation interne postérieure, une faiblesse musculaire des muscles rotateurs de l'épaule gauche, une douleur à toute manipulation, un syndrome de conflit sous-acromial. S'agissant du membre inférieur gauche, une amyotrophie de la cuisse gauche, réduction de 80 % de la fonction du genou gauche, en raison des

douleurs constantes, diffuses et à l'examen, de l'amyotrophie, du défaut d'extension et de flexion, de la raideur et des douleurs de la cheville gauche, en sus d'une douleur névromateuse de la cicatrice.

Certes, les manœuvres de retrait, l'instabilité en position debout témoignent d'une fragilité neurophysiologique et psychosomatique du patient, mais cela est confirmé par un consilium psychiatrique que le médecin se borne à mentionner sans le commenter, au vu de son incompétence en la matière. Les examens radiologiques confirment une ostéoporose-arthrose du genou gauche débutante, une arthrose du compartiment interne de la cheville gauche et, indirectement, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

L'expert conclut que les diagnostics posés sous chiffres 1 à 10, 12 et 13 impliquent une incapacité de travail de 100 % en tant que plombier. Les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics retenus sont une réduction de la position assise prolongée, due à une douleur du genou gauche et un défaut de positionnement dans cette position du membre inférieur, par impossibilité d'extension et de flexion suffisante ; la réduction de la capacité de rester debout immobile plus de cinq minutes, une statique mauvaise et une instabilité, des douleurs du membre inférieur gauche ; une réduction de la marche à cause de douleurs du genou gauche et de la cheville gauche, le port de cannes et d'attelle indispensables actuellement ; une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, interférant avec tout travail de manutention, même légère et un trouble de l'adaptation. La survenance de l'incapacité de travail durable de 20 % au moins est fixée au 24 mars 2006. Au vu de l'impotence du membre supérieur gauche, du membre inférieur gauche, de l'atteinte neurovégétative du genou et de l'épaule gauches par une algo-dystrophie, et une capsulite rétractile, aucune activité lucrative ne peut raisonnablement être envisagée chez le patient, ce d'autant plus qu'un stage d'évaluation et de réorientation a été un échec. L'empêchement dans une activité adaptée est dû à l'impossibilité de se tenir assis correctement, de se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, de marcher sans cannes ni attelle et que, même avec ces moyens auxiliaires, le périmètre est réduit, et à l'impotence de l'épaule gauche.

L'expert précise que les Drs N_____ et O_____ ont vu le patient dans l'année qui a suivi les accidents, soit à une période où, sur la base des diagnostics évoqués, il pouvait raisonnablement être estimé qu'une reprise de travail serait possible, étant précisé que le Dr N_____ ne faisait pas état d'un optimisme évident. Plus de trois et quatre ans après les lésions ayant provoqué l'incapacité de travail et deux ans après un échec de formation professionnelle, l'expert estime avoir davantage de recul. Il indique qu'un patient de 59 ans, avec une formation de base, n'ayant pas pu s'adapter à un stage professionnel et présentant des handicaps évoqués, victime de complications neurovégétatives et en présence de troubles d'adaptation, lui paraît inapte à toute reconversion dans une activité lucrative. Le patient est installé dans son handicap et rien n'y changera sans

que sa bonne foi ne puisse être mise en cause. L'expert précise que ses constatations rejoignent celles des EPI : le patient peut bénéficier d'un travail en atelier protégé, mais le monde du travail n'offre aucune place susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations. Les chances de succès d'une réadaptation fonctionnelle (professionnelle) sont nulles. La capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales, le pronostic est très mauvais pour une reprise de travail, et moyen pour une activité en atelier protégé. Le degré d'incapacité de travail est resté de 100 % depuis le 24 mars 2006.

25. Par pli du 11 mai 2010, l'assuré adhère aux conclusions du Dr Q_____ et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2007.
26. Par pli du 2 juin 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis de la Dresse R_____ du SMR du 28 mai 2010, estimant que l'expertise n'a pas de valeur probante, car l'expert retient des diagnostics sans indiquer s'ils ont un effet sur la capacité de travail, se base essentiellement sur des facteurs non médicaux pour reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité, soit l'âge et l'absence de formation. Sans être psychiatre, et il a tenu compte d'un trouble de l'adaptation, qui n'est d'ailleurs pas incapacitant, pour fonder l'incapacité de travail.
27. Le Tribunal a sollicité de la SUVA sa détermination suite à l'opposition de l'assuré à sa décision et la transmission de tout document médical postérieur à l'expertise du Dr N_____. Il a également demandé à l'expert de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée en faisant abstraction des éléments non strictement médicaux retenus (âge du patient, formation, échec de la réadaptation, marché du travail).
28. Par pli du 21 avril 2010, l'expert a précisé qu'indépendamment de tout autre facteur, les limitations fonctionnelles de l'assuré ne permettent aucune activité lucrative, hormis dans un atelier protégé.
29. Par pli du 30 juin 2010, la SUVA a indiqué que le dossier était en cours d'instruction, aucune décision sur opposition n'ayant encore été rédigée.
30. Un délai a été imparti aux parties pour se déterminer.

Par pli du 11 août 2010, le conseil de l'assuré fait valoir que les conclusions de l'expert sont convaincantes, l'exploitation d'une capacité de travail résiduelle paraissant bien improbable lorsque l'on peut ni tenir assis correctement, ni se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, ni marcher sans canne ni attelle et que l'on souffre pour le surplus d'une impotence de l'épaule gauche. Les conclusions de l'expert ont effectivement prévu que le monde du travail n'offrait aucune place de travail susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffrait l'assuré, son âge et les troubles de l'adaptation n'arrangeant pas la situation, mais

des éléments non médicaux ne peuvent pas diminuer une capacité de travail déjà nulle en raison des handicaps évoqués. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, notamment psychiatrique, n'est pas nécessaire.

Par pli du 16 août 2010, l'OAI maintient ses conclusions, sur la base de l'avis de la Dresse R_____, du SMR, du 4 août 2010, et persiste à dire que l'expert n'a pas expliqué les raisons qui lui font retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

31. La cause a été gardée à juger le 20 août 2010.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur la suppression de la rente entière dès le 31 mai 2008, l'octroi étant limité du 24 mars 2007 au 31 mai 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 13 février 2009, qui a été confirmé par la décision du 13 novembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 4 décembre 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité 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. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

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 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent

à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de

l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) 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/bb et cc).

Pour le surplus, il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du TF du 29 décembre 2009, 9C 578/2009).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

f) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. Karl ABEGG, « Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) » in RCC 1985, p. 246 ss). Dans les cas où ces appréciations d'observation professionnelle et médicale divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin,

de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Pladoyer 2004/3, p. 64).

8. a) Dans le cas d'espèce, le dossier contient de nombreux rapports médicaux, soit le rapport du Dr M_____ (clinique de réadaptation) du 4 mai 2007, et du consilium psychiatrique du 12 mars 2007, le rapport du Dr N_____, médecin conseil de la SUVA, du 14 février 2008, l'expertise du Dr O_____, pour l'OAI, du 25 mars 2008, plusieurs avis des médecins traitants, les Drs L_____ et P_____, entre 2007 et 2009. Les diagnostics retenus par les médecins sont semblables, à savoir algodystrophie du genou gauche, arthrose femoropatellaire du genou gauche, contusion de l'épaule gauche le 7 décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante. Tous les médecins s'accordent sur le fait que la capacité de travail de l'assuré dans le métier exercé avant l'accident est nulle, ce que l'OAI admet également. Compte tenu de l'incertitude concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une profession adaptée et une éventuelle diminution de rendement, une expertise judiciaire a été confiée au Dr Q_____, orthopédiste.

L'expertise du Dr Q_____ a été établie en pleine connaissance de cause de tous les rapports médicaux, sur la base de radiographies et repose sur une anamnèse et des examens médicaux complets. Ceux-ci ont mis en évidence une mobilité passive et active très fortement limitée de l'épaule, de la jambe et du genou gauches. L'expert a tenu compte des plaintes du patient et a décrit le contexte médical. Il rapporte les constatations médicales faites de façon neutre et circonstanciée.

b) L'OAI conteste la valeur probante de l'expertise, motif pris en premier lieu que l'expert a retenu des diagnostics sans distinguer s'ils ont une influence sur la capacité de travail. En deuxième lieu, les conclusions de l'expert reposent essentiellement sur des éléments qui sont étrangers à l'assurance invalidité. En dernier lieu, l'expert mentionne des aspects psychiatriques (trouble de l'adaptation) qui n'ont jamais été évoqués et pour lesquels il n'est pas qualifié. Ainsi, les conclusions concernant la capacité de travail dans une activité adaptée ne sont pas suffisamment convaincantes et doivent être écartées. Les limitations fonctionnelles retenues n'expliqueraient pas, à elles seules, l'incapacité totale dans toute activité.

Le premier grief est mal fondé. En se basant sur le dossier médical, l'examen clinique et les radiographies, l'expert pose 16 diagnostics précis, indique que 12 d'entre eux ont des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, ce qui implique que les quatre autres, soit le status après fracture de la cheville droite, l'hypertension, le surpoids et le diabète n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert détaille ensuite les limitations fonctionnelles qui résultent de ces

affections et qui ont été constatées lors de l'examen clinique, puis conclut sur ces bases à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Le second grief doit être écarté aussi. L'expert a en effet précisé qu'en raison de l'impotence des membres supérieur et inférieur gauches confirmée par l'examen objectif, ainsi que de l'atteinte neurovégétative du genou et de l'épaule gauche par une algodystrophie et une capsulite rétractile, aucune activité lucrative ne peut être raisonnablement envisagée. C'est donc sur la base d'éléments médicaux que l'incapacité est retenue et non pas - en tout cas pas essentiellement - sur la base d'éléments "non médicaux" mentionnés par l'expert que ce dernier a fondé ses conclusions. Il a eu l'occasion de le confirmer. A noter d'ailleurs que ces autres éléments mentionnés sont loin d'être dénués de pertinence et seront repris plus bas.

Le dernier grief est également infondé. L'expert a rappelé le trouble de l'adaptation, déjà mentionnée en 2007 par le Dr M_____, comme élément dans l'appréciation globale du cas confirmant l'impossibilité d'envisager toute reprise de l'activité lucrative. A cet égard, il faut noter que le SMR ne s'offusque pas qu'un chirurgien orthopédiste diagnostique aussi du diabète et de l'hypertension, sans être spécialiste de ces domaines, dès lors qu'il précise que ces affections n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. En tout état, l'incapacité de travail totale est attestée par l'expert en l'absence même de tout trouble de l'adaptation. Le Tribunal estime donc, en application de la jurisprudence, que d'autres mesures d'instruction ne sont pas utiles, en particulier une expertise psychiatrique.

c) Il y a lieu de s'écarter d'une expertise judiciaire si elle contient des contradictions, ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Tel n'est pas le cas en l'espèce. Les objections du SMR, exprimées par un médecin sans spécialisation et sur la base du seul dossier ne sont pas pertinentes, eu égard à la jurisprudence rendue à ce propos. Elles ne sont pas motivées et en contradiction avec les constatations faites par les médecins ayant examiné le patient. En particulier, l'avis du SMR du 29 janvier 2009 retient sans aucune explication une pleine capacité de travail, de 100%, sans aucune diminution de rendement, alors que l'expert mis en œuvre par ses soins retient une capacité limitée à 50%. Les autres spécialistes ayant examiné l'assuré et fait un rapport, voire une expertise ne contredisent ni les constatations, ni les conclusions de l'expert judiciaire. Les diagnostics retenus sont identiques ou semblables et les limitations fonctionnelles retenues sont globalement les mêmes. Celles mentionnées par le Dr M_____ en 2007 et le Dr N_____ en 2008 sont reprises et complétées par le Dr O_____ en 2008. En résumé, l'assuré ne peut travailler qu'assis, en respectant l'impossibilité de flexion du genou gauche et en faisant des pauses fréquentes, il ne peut ni s'accroupir, ni s'agenouiller, ni monter des échelles et escaliers, ni marcher longtemps, sans canne ou sur un terrain

irrégulier. L'assuré ne peut pas faire des mouvements de rotation, abduction, flexion, traction et torsion avec le bras gauche, ni porter des charges de plus de 5 kilos. En termes simples, il ne peut pas utiliser du tout le bras gauche, ne peut pas fléchir la jambe gauche, ne peut pas travailler debout, ni rester assis.

La distinction entre l'avis du Dr O _____ et celui de l'expert concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré due à l'amélioration que l'on pouvait éventuellement espérer en 2008 et qui ne s'est pas confirmée, à des diagnostics dégénératifs qui vont forcément en s'aggravant, notamment l'arthrose et l'amyotrophie de la cuisse et surtout à l'appréciation des possibilités objectives d'emploi compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. Au demeurant, l'appréciation ne diffère que peu quant à la capacité de travail car le Dr O _____ retient une capacité de travail de 50% au maximum pour autant que les importantes limitations fonctionnelles soient respectées, alors que son appréciation est fondée sur une amélioration supposée possible. Or, l'appréciation de l'expert emporte la conviction du Tribunal lorsque, sur la base des limitations fonctionnelles retenues et décrites plus haut, il conclut qu'aucune activité lucrative compatible avec ces limitations n'existe, ce d'autant plus compte tenu des autres facteurs mentionnés, différent en cela de l'avis du Dr O _____.

Ces conclusions sont confirmées par le rapport de stage des EPI qui précise que le monde économique usuel ne propose pas d'activité susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffre l'assuré et seule une activité en atelier protégé est envisageable. La jurisprudence souligne que l'on ne peut parler d'une activité exigible lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant.

C'est dans ce cadre que les considérations de l'expert concernant l'âge de l'assuré, sa formation professionnelle limitée, sa connaissance de la langue et l'échec de la tentative de réadaptation viennent conforter la conclusion qu'il n'y a pas de capacité résiduelle de travail économiquement exploitable. Les pistes évoquées par le Dr S _____ à l'époque dans l'informatique, la bureautique et l'activité de téléphoniste sont irréalistes compte tenu de l'absence de formation et de connaissances du domaine. L'impotence de l'épaule gauche empêche l'activité d'emballage ou de microélectronique. Objectivement, aucun employeur n'est susceptible d'engager un travailleur aux connaissances manuelles spécifiques mais inexploitable, âgé de 57 ans lors de la décision, actuellement de 59 ans, avec les limitations fonctionnelles décrites plus haut, une capacité d'adaptation et d'apprentissage faible.

A noter pour finir que seul le SMR affirme, sans avoir vu l'assuré, que sa motivation n'était pas optimale, les EPI et l'expert affirmant l'inverse et soulignant

sa bonne volonté et sa persévérance. Les autres médecins ont mentionné, ce qui est très différent, que l'assuré avait peu de capacité d'adaptation.

d) Le Tribunal retient ainsi que l'expertise a pleine valeur probante, que les conclusions de l'expert sont convaincantes et que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 24 mars 2006. L'amélioration retenue par l'OAI dès février 2008 n'est pas confirmée et, partant, la décision de supprimer la rente dès le 31 mai 2008 n'est pas fondée. A noter d'ailleurs qu'en 2008, sur la base de l'expertise du Dr O _____, l'OAI ne pouvait objectivement pas conclure à un taux d'invalidité de 26%, car la capacité de travail ou la diminution de rendement admise par l'expert de 50% impliquait un salaire d'invalidé de 30'113 fr. L'âge, la nationalité et l'importance des limitations justifiaient un abattement de 20% au moins (soit un revenu d'invalidé de 24'090 fr.), de sorte que, comparé au revenu sans invalidité (68'225 fr.) le taux d'invalidité était en tout cas de 64,5%. Il s'avère après l'expertise judiciaire que cette capacité résiduelle de 50% a été surévaluée, l'assuré étant totalement incapable de travailler.

Ainsi, l'assuré est invalide à 100% et a droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2007, la date de la naissance du droit à la rente n'étant à juste titre pas contestée, sans diminution ou suppression au-delà du 31 mai 2008.

9. Le recours est admis et la décision du 13 novembre 2009 est annulée en tant qu'elle limite la rente au 31 mai 2008, le montant de la rente ayant déjà été établi par l'OAI lors de la décision litigieuse.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 500 fr.

L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848), soit en l'espèce à 3'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 13 novembre 2009 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008.
3. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure en faveur de l'assuré de 3'000 fr.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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