
EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine espagnole, né en 1951, installé à Genève depuis 1967, a effectué un apprentissage de monteur sanitaire. Depuis 1998, il a travaillé pour 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 son épaule gauche, et d'un troisième accident le 7 juin 2007, touchant sa cheville gauche. L'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2006.
3. L'assuré a été ausculté par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, dont le rapport du 24 janvier 2007 a conclu que l'évolution n'était pas favorable. Il existait une importante réduction fonctionnelle du genou gauche dont l'étendue n'était pas totalement expliquée par l'importance des lésions traumatiques. La situation du genou s'était 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 était indiqué.
4. Le 8 février 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé).
5. 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 1^{er} janvier 2006. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré mentionnait, pour l'année 2005, un salaire annuel de 60'304 francs.
6. Selon le rapport médical du 19 février 2007 du Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le diagnostic était une fracture du plateau tibial du genou gauche, des raideurs et des douleurs séquellaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé était stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Une autre activité était possible, mais sédentaire, sans charges, ni marche et avec un rendement de 50%.
7. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) du 6 mars au 4 avril 2007. Selon le rapport du 4 mai 2007 du Dr N_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et chirurgie orthopédique, les diagnostics étaient les suivants : fractures non déplacées du massif des épines et fracture arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche le 24 mars 2006, traitées conservativement, ménissectomie partielle interne par arthroscopie le 14 septembre 2006, algodystrophie du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire 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 comorbidités étaient 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, ostéosynthésée et anamnestique. Le status ostéo-articulaire mentionnait que l'assuré marchait avec une canne à gauche. Sans canne, seuls quelques pas étaient effectués avec une importante boiterie. La marche sur les talons et les pointes était esquissée mais pas réalisée. L'accroupissement n'était pas possible, l'appui sur le pied gauche non plus. Le passage de la position assise à couchée était réalisé seulement si la jambe gauche était soutenue par la main. La palpation du genou gauche était douloureuse. S'agissant des épaules, la ceinture scapulaire était surélevée à gauche par rapport à la droite. La palpation de l'épaule gauche était sensible. S'agissant de l'épaule, outre la capsulite, le bilan radiologique montrait des signes d'arthrose acromioclaviculaire. À la sortie, il utilisait un bâton de marche au lieu d'une canne et sur de petites distances, il marchait sans canne. Les escaliers étaient effectués un pas après l'autre, la position sur le pied gauche n'était pas tenue. Les douleurs au genou avaient augmenté durant le séjour. En conclusion, le médecin a indiqué que l'on pouvait présumer que l'évolution serait longue chez un patient présentant peu de ressources adaptatives. La situation médicale n'était pas stabilisée et il était trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'incapacité de travail a été prolongée du 5 avril au 3 mai 2007.

8. Selon le consilium psychiatrique de la CRR du 12 mars 2007, le diagnostic était un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.
9. Selon le rapport intermédiaire du 5 juillet 2007 du Dr M_____, la situation était stationnaire. La capacité de travail était nulle dans toute activité et le pronostic extrêmement réservé. Selon le rapport subséquent du 2 novembre 2007 de ce même médecin, la situation s'était aggravée, suite à une fracture de la cheville gauche le 7 juin 2007. Aucun travail n'était envisageable dans l'état actuel.
10. Par rapport du 14 février 2008, le Dr L_____ a conclu, après un examen médical et l'examen des radiographies, que la situation ne s'était pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis un an, de sorte qu'il fallait admettre qu'elle était stabilisée. Il en allait de même en ce qui concernait la cheville gauche, sept mois après une fracture non déplacée de la malléole interne du mois juin 2007. Il a repris les diagnostics posés par la clinique de réadaptation. En raison des séquelles de l'accident, la profession de plombier ne pouvait plus être reprise. Une profession de substitution n'était susceptible d'être exercée 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 existait un dommage permanent au genou gauche et l'atteinte à l'intégrité était provisoirement fixée à 15%.
11. L'OAI a mandaté le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique pour procéder à une expertise de l'assuré. Selon le rapport du 25 mars 2008, les diagnostics étaient les suivants : 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 ménissectomie postéro-interne du genou gauche, épisode algo-neuro-dystrophique intercurrent du membre inférieur gauche, pré-arthrose interne du genou gauche, status dix-huit ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe 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.

Le médecin a examiné chaque pathologie et sa répercussion fonctionnelle. S'agissant de la cheville gauche, les séquelles étaient modestes. Il y avait une ébauche ostéophytaire antérieure du pilon tibial, assez banale chez un assuré de 57 ans. Toutefois, le potentiel évolutif de cette pré-arthrose était réel. Le status clinique était favorable, la mobilité articulaire de la cheville gauche étant proche de la norme, mais il existait une hypotrophie du mollet gauche pouvant justifier une fatigabilité accrue à ce niveau. L'atteinte résiduelle de la cheville gauche était modeste et influait de façon peu substantielle sur la capacité de travail. En revanche, la situation était différente s'agissant du genou gauche. La fracture des épines ne laissait pas de séquelles significatives, mais la ménissectomie interne, faite en septembre 2006, laissait un état de pré-arthrose, qui générait une limitation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. La situation s'était compliquée par l'apparition d'un syndrome dystrophique réflexe, touchant une bonne partie du membre inférieur. S'il n'y avait plus d'expression scintigraphique de ce syndrome, il persistait une hypotrophie musculaire régionale, une appréhension et des phénomènes de lâchage du genou. Les douleurs marquées à la manipulation du membre et les mouvements de retrait ne trouvaient pas d'explication anatomique évidente, mais assombrissaient le tableau et jouaient un rôle défavorable. Par ailleurs, la fracture de la malléole externe de la cheville droite ne laissait pas de séquelles fonctionnelles significatives et n'influait pas sur la capacité de travail. Enfin, il restait la problématique de l'épaule gauche, qui présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, avec un conflit sous-acromial. L'atteinte semblait modérée, mais une appréciation nuancée était difficile, compte tenu des plaintes importantes, peut-être exagérées. Il y avait également une pathologie semblable du côté droit. Il a admis que ces pathologies engendraient des douleurs à l'effort, une fatigabilité accrue et 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 présentait le patient, le médecin a indiqué que la reprise en plein de l'ancienne activité de monteur sanitaire était définitivement compromise. Une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % au maximum paraissait encore possible, pour

autant que l'on puisse libérer le patient de son attelle et respecter les nombreuses limitations fonctionnelles : l'accroupissement, l'agenouillement, les mouvements de force en traction/torsion des membres supérieurs, le port de charges au-delà de cinq kilogrammes, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers et les gestes sur une échelle. L'amélioration de la capacité de travail au poste occupé n'était pas possible, l'incapacité de travail de plus de 20 % datait de mars 2006 et la capacité résiduelle de travail était de 50 %, pour autant que le sentiment d'appréhension puisse être levé.

En revanche, l'assuré pouvait exercer sans gêne significative et à 100% 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-soudure, micro-électronique, chaîne de montage, emballage et représentation. La surveillance d'un garage et ses multiples déplacements serait difficile (mi-temps) compte tenu de la problématique du membre inférieur gauche.

12. Selon l'avis de la Dresse P_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR) du 22 mai 2008, l'état de santé était stabilisé depuis février 2008, l'assuré était totalement incapable de travailler dans l'activité antérieure, mais disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que des mesures professionnelles étaient 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 a conclu que l'assuré n'arrivait pas à tenir la position assise plus d'une heure sans avoir à se lever et marcher cinq à dix minutes, les changements de position étaient difficiles, la position statique debout n'était pas tenable, l'assuré ne pouvait pas utiliser les escaliers, les capacités manuelles de l'assuré étaient exploitables pour une gestuelle de moyenne amplitude, le rythme de travail était lent et le rendement faible et non exploitable dans le milieu économique. Le monde économique usuel ne proposait pas d'activité susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffrait l'assuré et seule une activité en atelier protégé était envisageable. S'agissant des capacités d'adaptation et d'acquisition des connaissances, l'assuré s'exprimait de façon compréhensible, la capacité d'apprentissage était limitée aux gestes simples et celle de compréhension était correcte, mais il écrivait difficilement le français. Il était centré sur ses atteintes et avait de gros problèmes d'attention et de concentration, il manquait de systématique et de rigueur, une formation pratique, courte et simple était envisageable, mais les formations de type scolaire ne pouvaient pas être prises en considération. S'agissant des capacités d'intégration sociale, l'assuré avait une bonne écoute, il s'intégrait bien dans un groupe, se montrait accueillant et ouvert. Après une intégration au stage sans motivation, celle-ci s'était ensuite améliorée, l'assuré avait essayé d'aller au bout des exercices, faisant preuve de persévérance et de bonne volonté. Il avait

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 était de 100% dans une activité adaptée, et de 50% selon le médecin traitant, mais il y avait probablement une diminution de rendement en raison de la nécessité de faire des pauses selon l'assureur-accidents, qui n'avait pas indiqué de taux. Selon un courriel de l'assureur-accidents du 16 janvier 2009, celui-ci a déterminé un degré d'invalidité de 28% et précisé qu'aucune diminution de rendement n'avait été envisagée.
15. Selon un avis du SMR du 29 janvier 2009, les atteintes ne justifiaient pas une diminution du rendement pour des raisons médicales.
16. Le rapport final de réadaptation du 2 février 2009 de l'OAI a conclu 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 a retenu, sur la base de l'avis du SMR, que l'avis des EPI ne pouvait pas être suivi, car il n'était pas objectif, et que l'assuré n'avait qu'une faible motivation.
17. Par projet de décision du 13 février 2009, l'OAI a envisagé d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 24 mars 2007 au 31 mai 2008, la rente étant supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en février 2008. La capacité de travail était en effet entière dans une activité adaptée dès ce mois-là et le degré d'invalidité de 26% ne permettait pas le maintien d'une rente d'invalidité.
18. Le Dr M_____ a indiqué à l'OAI par pli du 2 mars 2009 qu'il n'y avait pas eu d'amélioration au cours de l'année 2008. Le SMR a précisé le 17 avril 2009 que malgré une canne et la prise de 300 mg de Tramal par jour, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis février 2008.
19. Par décision du 9 septembre 2009, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 28%, estimant qu'il pouvait exercer une activité légère permettant de réaliser un revenu de 4'150 fr. et qu'il aurait obtenu sans accident un revenu de 5'800 francs. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35% était également allouée. L'assuré a formé opposition à cette décision.
20. Par décision du 13 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 février 2009.
21. Par acte du 4 décembre 2009, l'assuré, représenté par un conseil, a formé recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations d'invalidité et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise et nouvelle décision, sous suite de dépens. Il a fait valoir que la décision excluait à tort toute diminution de rendement, le Dr M_____ retenant quant à lui une diminution de rendement de 50%. La

nécessité d'effectuer des pauses, même dans une activité adaptée, impliquait forcément de tenir compte d'une diminution de rendement. Même le Dr O_____ admettait que le recourant devait 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 était réduit de 50%, de sorte que le revenu d'invalidé était de 25'596 fr. 05 et l'invalidité de 63%. (60'226 / 2 - 15%).

L'assuré a joint à son recours deux rapports médicaux du Dr Q_____, spécialiste en médecine interne, des 16 et 25 novembre 2009. Dans le premier, celui-ci a posé comme diagnostics une fracture non déplacée du massif des épines et une fracture-arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche, une déchirure du ménisque interne, une algodystrophie du genou gauche, une arthrose fémoro-patellaire externe préexistante à l'accident, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, suite à l'accident de décembre 2006 et une fracture de la cheville gauche en juin 2007. Le médecin a précisé que le recourant n'était 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 gauches, avec boiterie et limitations fonctionnelles. Il ne pouvait travailler qu'assis et pas de façon prolongée, avec des limitations importantes dans l'utilisation de l'épaule gauche. Il n'existait probablement pas d'activité qui corresponde à ses limitations dans la réalité. S'il existait une telle activité, il avait un rendement diminué de 50%. Dans le second avis, postérieur à l'expertise du Dr O_____, le Dr Q_____ a précisé que les séquelles de nature orthopédique étaient susceptibles de diminuer la capacité de travail même dans une activité adaptée, car, comme l'indiquait le Dr L_____, une profession de substitution en position assise pouvait être exercée en tenant compte des limitations de mobilité (illisible) et ne pourrait être maintenue sans pause supplémentaire. Le Dr O_____ admettait d'ailleurs que la longue palette d'activités que le recourant pourrait exercer sans gêne spécifique lui laissait toutefois la possibilité de se lever régulièrement pour dérouiller les articulations de ses membres inférieurs. Au demeurant, le recourant n'avait 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'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise du 25 mars 2008 du Dr O_____ était probant, que le Dr L_____ a retenu que le recourant était capable de reprendre le travail en février 2008 et qu'aucune diminution de rendement n'avait été retenue par l'assureur-accidents ou l'expert.
23. Par ordonnance du 23 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS ; devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a ordonné une expertise orthopédique et a mandaté le Dr R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

24. Dans son rapport d'expertise du 21 avril 2010, le Dr R_____ a indiqué que les radiographies anciennes du recourant n'avaient pas pu être obtenues malgré plusieurs appels à l'assureur-accidents, mais que l'absence de comparaison entre les clichés anciens et nouveaux n'avait pas d'influence sur ses conclusions. L'expert a reçu et examiné l'assuré les 14 et 20 avril 2010. Il a posé 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 et 16) surpoids.

En résumé, l'assuré présentait une impotence globale sévère, manifestée par une marche hésitante, avec une importante boiterie du membre inférieur gauche, nécessitant le port d'une canne et d'une attelle du genou à demeure. Il notait 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'était possible qu'avec un genou gauche en flexion à 70°. Il présentait 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 et un syndrome de conflit sous-acromial. S'agissant du membre inférieur gauche, il y avait une amyotrophie de la cuisse gauche, une réduction de 80 % de la fonction du genou gauche, en raison des douleurs constantes et diffuses et à l'examen, une amyotrophie, un défaut d'extension et de flexion, une 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 témoignaient d'une fragilité neurophysiologique et psychosomatique de l'assuré, mais cela était confirmé par un conseilium psychiatrique que l'expert se bornait à mentionner sans le commenter, au vu de son incompetence en la matière. Les examens radiologiques confirmaient une ostéoporose-arthrose débutante du genou gauche, une arthrose du compartiment interne de la cheville gauche et, indirectement, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

L'expert a conclu que les diagnostics posés sous chiffres 1 à 10 et 12 et 13 impliquaient une incapacité de travail de 100 % en tant que plombier. Les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics retenus étaient 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 était 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 algodystrophie, et une capsulite rétractile, aucune activité lucrative ne pouvait raisonnablement être envisagée chez le recourant, ce d'autant plus que le stage d'évaluation et de réorientation avait été un échec. L'empêchement dans une activité adaptée était dû à l'impossibilité de se tenir assis correctement, de se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, de marcher sans cannes ni attelle, au fait que même avec ces moyens auxiliaires, le périmètre était réduit, et à l'impotence de l'épaule gauche.

L'expert a précisé que les Drs L_____ et O_____ avaient vu le recourant dans l'année ayant 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 L_____ 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 a estimé avoir davantage de recul. Il a indiqué qu'un assuré de 59 ans, avec une formation de base, n'ayant pas pu s'adapter à un stage professionnel et présentant les handicaps évoqués, victime de complications neurovégétatives et en présence de troubles d'adaptation, lui paraissait inapte à toute reconversion dans une activité lucrative. Il était installé dans son handicap et rien n'y changerait, sans que sa bonne foi ne puisse être mise en cause. L'expert a précisé que ses constatations rejoignaient celles des EPI : l'assuré pouvait bénéficier d'un travail en atelier protégé, mais le monde du travail n'offrait aucune place susceptible de s'accommoder de l'ensemble de ses limitations. Les chances de succès d'une réadaptation fonctionnelle (professionnelle) étaient nulles. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, le pronostic était très mauvais pour une reprise de travail, et moyen pour une activité en atelier protégé. Le degré d'incapacité de travail était resté de 100 % depuis le 24 mars 2006.

25. Par pli du 11 mai 2010, l'assuré a adhéré aux conclusions du Dr R_____ et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2007.
26. Par pli du 2 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours sur la base de l'avis de la Dresse P_____ du 28 mai 2010, estimant que l'expertise du Dr R_____ n'avait pas de valeur probante, car l'expert a retenu des diagnostics sans indiquer s'ils avaient un effet sur la capacité de travail, se basant 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, il avait tenu compte d'un trouble de l'adaptation, qui n'était d'ailleurs pas incapacitant, pour fonder l'incapacité de travail.

27. Le TCAS a sollicité de l'assureur-accidents 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 L_____. 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 juin 2010, l'expert a précisé au TCAS qu'indépendamment de tout autre facteur, les limitations fonctionnelles du recourant ne permettaient aucune activité lucrative, hormis dans un atelier protégé.
29. Par courrier du 30 juin 2010, l'assureur-accidents a indiqué au TCAS 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 recourant a fait valoir que les conclusions de l'expert étaient convaincantes, l'exploitation d'une capacité de travail résiduelle paraissant bien improbable lorsque l'on ne pouvait ni tenir assis correctement, ni se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, ni marcher sans canne ni attelle et que l'on souffrait pour le surplus d'une impotence de l'épaule gauche. Les conclusions du Dr R_____ prévoyaient effectivement que le monde du travail n'offrait aucune place de travail susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont il souffrait, de son âge et les troubles de l'adaptation n'arrangeaient pas la situation, mais des éléments non médicaux ne pouvaient 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'était pas nécessaire.

Le 16 août 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions, en se basant sur l'avis de la Dresse P_____ du 4 août 2010, et a persisté à dire que l'expert n'avait pas expliqué les raisons qui lui faisaient retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

31. Par arrêt du 27 septembre 2010, le TCAS a admis le recours, annulé la décision de l'intimé du 13 novembre 2009 et dit que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008.
32. Par arrêt du 23 août 2011, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité et renvoyé la cause à l'instance cantonale pour instruction complémentaire. En substance, il reprochait à la juridiction cantonale d'avoir reconnu à l'expertise du Dr R_____ une valeur probante et de ne pas avoir suffisamment instruit la capacité de travail

du recourant dans une activité adaptée à partir de la stabilisation de l'état de santé en février 2008.

33. Par ordonnance du 2 novembre 2011, la Cour de céans a mandaté le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une nouvelle expertise du recourant.
34. Suite à de multiples relances de la Cour de céans, les Drs S_____ et T_____ ont rendu leur rapport en date du 18 mars 2013, étant précisé que c'est le Dr T_____ qui a mené l'expertise, sous la supervision du Dr S_____, et qu'il est mentionné que le seul document à disposition était l'ordonnance d'expertise du 2 novembre 2011. Ils ont constaté que suite aux traumatismes et aux complications post-traumatiques, le recourant présentait d'importantes douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule, de la hanche, du genou et de la cheville gauches. De nombreux éléments subjectifs, tels que l'intensité des douleurs, l'impossibilité de rester en position assise prolongée ou de maintenir la station debout plus de 10 minutes compliquaient encore la situation. Lors de la consultation, malgré un patient volontaire, les experts ont noté d'importantes souffrances à la mobilisation générale et/ou lors des changements de position. Le recourant se disait également déprimé par son état de santé évoluant défavorablement par rapport au dernier examen, puisque les dysesthésies de la cheville gauche étaient alors absentes. Le pronostic apparaissait sombre pour la reprise d'une activité professionnelle. Les fréquents changements de position imposés par les douleurs du genou gauche, l'impossibilité de maintenir une station debout prolongée et l'état dépressif (à confirmer par un psychiatre) assombrissaient encore le pronostic d'une reprise de travail éventuelle et allaient, de l'avis des experts, rendre la réorientation professionnelle difficile. Ils ont conclu que le recourant présentait une incapacité totale de travail, laquelle pouvait difficilement être améliorée par des mesures médicales. Au vu de l'importance des troubles objectifs et subjectifs dont souffrait le recourant, il leur paraissait difficile d'envisager une réinsertion professionnelle.
35. Une audience de comparution des mandataires s'est tenue en date du 9 avril 2013, lors de laquelle la représentante de l'intimé a déclaré que celui-ci n'envisageait pas, sans instruction complémentaire, de poursuivre le versement de la rente au-delà du 31 mai 2008. Le conseil du recourant a indiqué qu'à sa connaissance, c'était le Dr T_____ qui avait ausculté le recourant et non pas le Dr S_____.
36. Sur requête de la Cour de céans, le Dr S_____ a établi un rapport complémentaire en date du 12 avril 2013, duquel il résulte qu'il a revu le recourant en date du 8 avril 2013 et effectué de nouvelles radiographies du genou, de la cheville et de l'épaule gauches. Il a indiqué qu'il avait permis au Dr T_____ de le seconder dans la réalisation de son expertise, lequel avait eu entre ses mains l'ordonnance de la Cour de céans du 2 novembre 2011 et éventuellement des radiographies de la cheville et du genou, mais n'en était pas sûr. Les diagnostics étaient les suivants : omarthrose et gonarthrose débutantes gauches, arthrose modérée post-traumatique de la cheville gauche, tendinopathie de la coiffe des

rotateurs de l'épaule gauche, status post-contusion de l'épaule en 2006, compliquée d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, hyperalgésie du genou et de la cheville gauches, névrome cicatriciel de la cheville gauche, status 6 ans post-fractures du massif des épines et fracture-arrachement du condyle fémoral interne du genou gauche traitées conservativement, status 4 ans et demi post-ménissectomie interne partielle gauche, status post-algoneurodystrophie du membre inférieur gauche, status 23 ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole interne gauche, status 5 ans post-fracture de la malléole interne de la cheville gauche traitée conservativement, status 19 ans post-fracture de la malléole externe de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse, diabète insulino-dépendant traité anamnestiquement, hypertension artérielle traitée anamnestiquement.

D'après l'anamnèse, l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé depuis le mois de février 2008, mais s'était péjoré depuis lors, la symptomatologie douloureuse ayant augmenté en intensité et les crises douloureuses que le recourant rapportait ayant augmenté en fréquence. Le recourant déclarait également une péjoration de sa fatigabilité et une réduction de sa capacité fonctionnelle. Les limitations fonctionnelles ont été retenues par le médecin en fonction des déclarations du recourant et concernaient les déplacements de plus de 15 minutes à pied, la position assise tenue au maximum 30 minutes, les activités avec le bras gauche au-dessus du moignon de l'épaule et une importante fatigabilité. Pour le Dr S_____, il était difficile de certifier d'une capacité de travail en 2008 dans la mesure où il n'avait pas examiné et suivi le recourant à cette époque-là, toutefois, actuellement, l'incapacité de travail était totale dans la profession habituelle.

Par ailleurs, le Dr S_____ a estimé que le Dr R_____ s'était laissé déborder par son appréciation subjective de la situation du recourant, en revanche, il concordait avec lui sur le fait que la situation était extrêmement difficile et ne relevait pas uniquement de la sphère musculo-squelettique.

Il a également relevé qu'il existait un manque de concordance troublant entre les constatations objectives et l'intensité des plaintes ou des manifestations subjectives du recourant et a soutenu la réalisation d'une expertise psychiatrique, si une telle expertise n'avait pas déjà été effectuée.

D'un seul point de vue orthopédique, il lui apparaissait quasiment impossible d'exiger du recourant l'exercice d'une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles actuelles et il n'existait pas actuellement de mesures efficaces, qui permettaient de corriger les limitations fonctionnelles et d'améliorer la capacité de travail. Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient infimes.

37. Par ordonnance du 7 octobre 2013, la Cour de céans a mis en œuvre une nouvelle expertise, qu'elle a confiée au Dr U_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV). Elle a en effet estimé que l'expertise des

Drs S_____ et T_____ ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante, celle-ci ne tenant compte ni des imageries, ni d'aucun rapport médical au dossier.

38. Le 29 octobre 2013, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait subi une ablation partielle du poumon droit le 9 août 2013 et présentait depuis lors des difficultés de déplacement (peine à respirer et à marcher), qui pourraient contre-indiquer ou du moins passablement compliquer un déplacement au CHUV.
39. Par rapport du 31 octobre 2013, le Dr Q_____ a retenu un volumineux adénocarcinome du lobe supérieur droit et un petit carcinome épidermoïde endobronchique dans ce même lobe. Le recourant avait dû subir une lobectomie supérieure droite le 9 août 2013 pour ces deux tumeurs cancéreuses, mais un contrôle radiologique récent par scanner montrait la persistance des ganglions médiastinaux et un nodule au moignon de la lobectomie dont la nature restait à préciser. Le recourant était très affaibli par cette intervention importante et était actuellement totalement incapable de travailler et ceci probablement définitivement. Il était très vite essoufflé et ressentait encore actuellement des douleurs thoraciques marquées à la suite de cette opération. Le diabète déjà présent avant l'opération suscitée s'était péjoré et le traitement avait dû être augmenté.
40. Dans un rapport d'expertise établi en date du 5 décembre 2013 suite à un examen du recourant le 26 novembre 2013, le Dr U_____ s'est tout d'abord prononcé sur les expertises antérieures à la sienne, indiquant être d'accord avec leurs conclusions. La première expertise du Dr O_____ était tout à fait adéquate au niveau des diagnostics, mais la capacité de travail de 100% retenue dans un emploi adapté lui semblait exagérée. L'expertise du Dr R_____ parlait d'une capacité théorique dans un emploi adapté, malgré le trouble de l'adaptation avec réactions dépressives à 50%. L'expertise du Dr S_____ lui semblait adéquate, hormis en ce qui concernait le jugement de valeur fait au sujet de l'expertise du Dr R_____, ce qui paraissait déplacé.

Il a considéré que les diagnostics posés par le Dr R_____ étaient corrects. Il a notamment ajouté au niveau de l'épaule gauche, l'existence d'une faiblesse de la coiffe antérieure, une sclérose du trochiter et des douleurs compatibles avec une insuffisance partielle de la coiffe, sans signe majeur d'arthrose, et une ankylose partielle sur une rétraction de la capsule. Le recourant présentait également un névrome près de la malléole interne, une raideur du genou gauche, une faiblesse chronique du quadriceps gauche, un diabète, des troubles de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée et un début de surcharge du compartiment interne post-ménisectomie et fracture. Au vu de la limitation fonctionnelle de l'épaule gauche en amplitude et en force, le recourant ne pouvait plus réaliser de travaux de force depuis l'accident de décembre 2006 en tant que monteur-sanitaire-plombier. Quant à la lésion du genou gauche, l'amplitude articulaire limitée et les douleurs internes à l'effort rendaient également la précédente activité lucrative irréalisable, ce d'autant plus que le recourant n'avait jamais récupéré la masse musculaire de son quadriceps gauche. D'après l'expert, dans une situation devenue chronique, les

plaintes du recourant étaient en adéquation avec les séquelles présentées après le traumatisme du genou et de l'épaule gauche dans l'essentiel.

Le Dr U_____ a considéré que globalement et compte tenu de l'évolution radioclinique, il pouvait partir du principe qu'en février 2008, la situation était stabilisée avec les séquelles susmentionnées. La situation ne s'était clairement pas améliorée d'après lui depuis février 2008.

L'expert a estimé qu'au vu des pièces du dossier – essentiellement des rapports du Dr M_____ et de la CRR – le recourant était capable de travailler à 50% dans un emploi adapté depuis le 5 juillet 2007, capacité de travail qui n'a probablement pas évolué au cours du temps d'un point de vue strictement orthopédique. Il a précisé que les patients présentant des séquelles douloureuses après des traumatismes de l'épaule ou du genou étaient en général plus à l'aise dans un emploi adapté à 50%, s'ils pouvaient faire des pauses supplémentaires et changer de positions fréquemment. Il ne lui était pas possible de se prononcer plus précisément de manière rétrospective. Les trois précédents rapports d'expertise laissaient penser que le recourant aurait pu, à un certain moment et de façon théorique, mettre à profit une capacité de travail de 50% dans un emploi adapté et léger.

En ce qui concernait les troubles dont souffrait le recourant ne ressortant pas de sa spécialité, il a mentionné que l'affection oncologique et pulmonaire rendait toute activité professionnelle impossible depuis juin 2013 et la sinistrose post-accident, associée aux troubles de l'adaptation, ne permettait pas une reconversion professionnelle ou un stage professionnel.

Le pronostic était défavorable aussi bien au niveau orthopédique où la situation s'était chronicisée qu'au niveau de l'apparition d'une nouvelle maladie grave et probablement mortelle.

41. En date du 27 janvier 2014, l'intimé a indiqué, d'une part, que conformément au rapport du Dr Q_____ du 31 octobre 2013, le recourant présentait une nouvelle atteinte à la santé, de sorte que son droit à des prestations postérieurement à la décision litigieuse devait être examiné dans le cadre d'une procédure de révision. D'autre part, l'intimé a transmis à la Cour de céans un avis de la Dresse P_____ du 22 janvier 2014, duquel il ressort que l'avis du SMR du 22 mai 2008 devait être suivi. Les divergences entre cet avis et le rapport d'expertise du Dr U_____ pouvaient être expliquées par le fait que celui-ci ne connaissait pas la notion de capacité de travail exigible et se basait sur des aspects subjectifs et non sur des aspects objectifs et des limitations fonctionnelles objectives.
42. Par courrier du 20 janvier 2014, le recourant a conclu qu'en l'absence d'amélioration de son état de santé en février 2008, le droit à la rente entière devait être confirmé de manière non limitée dans le temps. En effet, il fallait admettre que depuis lors, il n'avait manifestement plus jamais été en mesure de réintégrer l'économie libre comme admis par les Drs R_____, T_____ et S_____.

S'il était possible qu'il ait pu à un certain moment et de façon théorique mettre à profit une capacité de travail dans un emploi adapté et léger, une telle capacité de travail de 50% s'entendrait uniquement avec des pauses supplémentaires et de fréquents changements de positions, soit avec une importante diminution de rendement faisant descendre l'hypothétique capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée en réalité bien en deçà de 50%, en termes de rendement. En outre, si le Dr U_____ évoquait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en référence aux conclusions du Dr R_____, c'était visiblement par inadvertance, le Dr R_____ n'ayant pour sa part admis qu'une éventuelle capacité de travail résiduelle en milieu protégé.

Dans l'hypothèse où une rente entière non limitée dans le temps n'était pas retenue, un complément d'instruction sur le plan psychiatrique devrait être réservé, toutefois, un tel complément d'instruction ne semblait pas indispensable dès lors que le Dr U_____ admettait également l'impossibilité de réintégrer le circuit économique ordinaire en raison des troubles de l'adaptation avec des réactions dépressives prolongées, qui avaient été objectivées lors du consilium psychiatrique effectué à la CRR. De plus, au vu de l'atteinte oncologique annoncée, il espérait qu'un complément d'instruction dans le cadre d'une révision pourrait lui être épargné.

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans ainsi que la recevabilité du recours ayant été examinées par arrêt du 27 septembre 2010, il n'y sera pas revenu.
2. En revanche, il sera rappelé que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), 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.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 mai 2008.
4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente 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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

5. Il convient tout d'abord d'examiner si l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le mois de février 2008, comme retenu par l'intimé, ou à un autre moment.

a) 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

b) 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. 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 (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).

Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir 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. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

c) 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

6. a) En l'occurrence, pour rappel, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr O_____ du 25 mars 2008 et sur celui du Dr L_____ du 14 février 2008 pour retenir que l'état de santé du recourant s'était amélioré en février 2008, moment auquel la capacité de travail était à nouveau entière, d'après lui, dans une activité lucrative adaptée.

Afin de lever les incertitudes découlant des contradictions entre les conclusions du Dr O_____ et le rapport des EPI du 18 décembre 2008, qui concluait que seule une activité en milieu protégé était envisageable, une expertise a été confiée au Dr R_____. Toutefois, le Tribunal fédéral a estimé que l'expertise de ce médecin du 21 avril 2010 n'avait pas de valeur probante, au motif d'une part, que les limitations fonctionnelles invoquées par le recourant avaient été retenues telles quelles par l'expert, et d'autre part, car des éléments n'entrant pas dans le champ de l'invalidité avaient été pris en considération par l'expert (âge du recourant, absence de formation, échec d'une tentative de réadaptation, marché du travail, installation du recourant dans son handicap). Qui plus est, l'anamnèse du Dr R_____ était partielle et fantaisiste, sans évocation des rapports au dossier et tenait compte de manière erronée de la capacité de travail retenue par le Dr O_____ dans une activité adaptée.

Suite au renvoi du dossier à la Cour de céans, une première expertise a été confiée au Dr S_____, laquelle n'a pas été considérée comme probante, attendu qu'elle ne prenait en considération ni les imageries ni aucun rapport médical au dossier.

Enfin, une dernière expertise orthopédique a été réalisée par le Dr U_____.

- b) Au vu des éléments qui précèdent, la Cour de céans ne reviendra pas sur l'absence de valeur probante du rapport d'expertise du Dr R_____.

En ce qui concerne les rapports des Drs S_____ et T_____ des 18 mars et 12 avril 2013, il sera ajouté qu'outre le fait qu'ils ne sont pas fondés sur les rapports présents au dossier, le complément d'expertise est essentiellement basé sur les déclarations et plaintes du recourant. En particulier, les limitations fonctionnelles invoquées par le recourant ont été reprises telles quelles par l'expert, sans que celui-

ci n'explique si elles correspondaient effectivement à ses constatations objectives (cf. not. point 3a complément d'expertise). Leurs rapports ne sauraient ainsi se voir reconnaître de valeur probante au sens de la jurisprudence.

Dès lors, l'argumentation du recourant fondée essentiellement sur les rapports des Drs R_____ et S_____, pour conclure qu'il ne pouvait plus travailler sur le marché ordinaire du travail, doit être rejetée.

c/aa) Pour ce qui est du rapport du 5 décembre 2013 du Dr U_____, dernier expert à s'être prononcé sur l'état de santé du recourant, il est basé sur une anamnèse du recourant, sur son dossier et en particulier sur les clichés radiologiques et les trois expertises précédemment effectuées, sur un examen du recourant et de nouveaux clichés radiologiques réalisés lors de l'examen ainsi que sur les plaintes du recourant. En outre, les constatations objectives ont été clairement exposées. Quant aux diagnostics, le Dr U_____ s'est référé à la liste des diagnostics posés par le Dr R_____, qu'il considérait être corrects, et a pour le surplus indiqué quelles étaient les atteintes qui persistaient tant à l'épaule, qu'au genou et à la cheville gauches. Il a d'ailleurs également précisé être d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr O_____. En outre, il a expliqué quelles étaient les limitations fonctionnelles, qui étaient en lien avec les atteintes de l'épaule et du genou gauches et qui concernaient des limitations d'amplitude de ces deux articulations ainsi qu'une exclusion des travaux de force avec le bras droit et des efforts avec la jambe gauche qui étaient nécessités par l'activité lucrative habituelle.

En ce qui concerne ses conclusions, le Dr V_____ a tout d'abord mentionné la difficulté de s'exprimer précisément sur l'état de santé en février 2008, soit cinq ans et demi avant son propre examen du recourant, ce qui semble tout à fait compréhensible. Pour déterminer le moment de la stabilisation de l'état de santé du recourant, permettant la reprise à 50% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'il a fixé au 5 juillet 2007, il a indiqué s'être fondé sur l'ensemble du dossier, et en particulier sur les rapports du Dr M_____ et de la CRR, étant précisé que le Dr U_____, en concluant sur la capacité de travail, a uniquement pris en considération les troubles orthopédiques, en faisant abstraction d'éventuels troubles psychiques ou de troubles oncologiques et pulmonaires. En particulier, si la situation n'était pas encore stabilisée à la fin du séjour auprès de la CRR, il résulte du rapport du 5 juillet 2007 du Dr M_____ que l'état de santé du recourant s'était stabilisé. En outre, la conclusion du Dr U_____ que l'état de santé était stabilisé déjà dès le mois de juillet 2007 est corroborée par le rapport du 14 février 2008 du Dr L_____, qui a déclaré que la situation ne s'était pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis une année, de sorte qu'il fallait admettre qu'elle était stabilisée. Cependant, bien que l'état du genou et de l'épaule était stabilisé, le Dr L_____ a précisé qu'au vu de la fracture non déplacée de la malléole interne (cheville gauche) en juin 2007, il fallait considérer que c'était 7 mois après cet accident – soit lors de l'établissement de son rapport en février 2008 environ – que l'état de la cheville était stabilisé.

Ce rapport du Dr L_____ permet également de confirmer la conclusion du Dr U_____ quant à une capacité de travail uniquement exigible dans une activité lucrative adaptée, mais à un pourcentage réduit de 50% en raison des pauses supplémentaires et des changements de positions fréquents nécessités par les séquelles à l'épaule et au genou. En effet, une profession de substitution n'était pas susceptible d'être exercée, d'après le Dr L_____, qu'en position assise, position qui ne pouvait pas être maintenue de manière continue sans pause supplémentaire.

Le Dr U_____ s'est également exprimé, de manière succincte certes, sur les différents rapports d'expertise précédents, cependant, cela semble justifié par le fait que pour l'essentiel, les diagnostics et constatations objectives exposés par tous les experts sont très similaires, seules les conclusions étant divergentes.

Enfin, l'OAI, par le biais de la Dresse P_____, invoque que le Dr U_____ ne connaissait pas la notion de capacité de travail exigible et qu'il se basait sur des aspects subjectifs et non objectifs. A cet égard, la Cour de céans constate toutefois que le rapport du Dr U_____ ne recèle pas de considérations subjectives et que cet expert s'est uniquement fondé sur ses constatations objectives des atteintes du recourant pour se déterminer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Pour le surplus, les conclusions des rapports du Dr Q_____ concordent avec celles du Dr U_____, dans la mesure notamment où il estime, en novembre 2009, que le rendement du recourant était diminué d'au moins 50% dans une activité assise adaptée, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles.

Au vu de tout ce qui précède, le rapport du Dr U_____, qui ne contient qui plus est pas de contradictions, remplit tous les réquisits de la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître a priori une pleine valeur probante.

c/bb) Il convient, toutefois, d'examiner si le rapport du Dr O_____ permet de remettre en cause les conclusions du Dr U_____. L'OAI considère en effet qu'il convient de suivre l'avis du SMR du 22 mai 2008, se basant en substance sur les conclusions du Dr O_____.

La Cour de céans remarque que le Dr O_____ estime certes que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant – l'accroupissement, l'agenouillement, les mouvements de force en traction/torsion des membres supérieurs, le port de charges au-delà de cinq kilogrammes, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers et les gestes sur une échelle – soit dans une activité en position assise, pour autant qu'il puisse se lever régulièrement. Il apparaît, toutefois, que cet expert ne semble pas avoir suffisamment tenu compte de l'importance des limitations du recourant en position assise. Cela est confirmé par les éléments suivants : le rapport de EPI, qui retient que le recourant ne peut pas tenir la position assise plus d'une heure et que les changements de position étaient difficiles et que les alternances

étaient longues, dans la mesure où il avait besoin de 5 à 10 minutes pour marcher avant de pouvoir reprendre la position assise ; le rapport du Dr R_____, lequel relève une impossibilité de tenir la position assise prolongée, au vu du défaut de positionnement dans la position assise due à l'impossibilité d'extension et de flexion suffisante du genou ; le rapport du Dr S_____, relevant l'impossibilité de la tenue de la position assise prolongée et des difficultés dans les changements de position. D'ailleurs, le Dr O_____ a admis, au vu de ses constatations objectives, l'importance des troubles du recourant à son genou gauche.

Compte tenu de ces éléments, la conclusion du Dr O_____ portant sur la capacité de travail ne peut pas être retenue et n'est ainsi pas susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr U_____.

d) En résumé, pour ce qui concerne les troubles orthopédiques du recourant, la Cour de céans considère que les conclusions du rapport du Dr U_____ doivent être suivies et que le recourant présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La date retenue pour l'amélioration durable de la capacité de travail est le 14 février 2008. En effet, comme exposé précédemment, si les atteintes au genou et à l'épaule gauches pouvaient déjà être considérées comme stabilisées en juillet 2007 comme déterminé par le Dr U_____, celles à la cheville gauche ne l'ont été qu'en février 2008, soit 7 à 8 mois après l'accident de juin 2007.

7. Il sied encore de se prononcer sur les autres troubles du recourant.

a) Il y a lieu de rappeler ici, que d'après une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

b) De plus, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix

entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 *in fine* de l'arrêt précité du 28 juin 2011).

8. a) Premièrement, le recourant invoque qu'il souffre de troubles psychiques ayant une répercussion sur sa capacité de travail et sollicite un éventuel complément d'instruction sur le plan psychique.

La majorité des experts, soit les Drs R_____, S_____ et U_____, ainsi que le Dr Q_____ ont relevé l'existence de troubles psychiques avec plus ou moins d'importance sur les capacités du recourant à reprendre une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, toutefois, ces troubles ne relèvent pas de leur spécialité. Le seul rapport psychiatrique existant au dossier date du 12 mars 2007 et a été établi à la CRR. Il en résulte qu'il existait un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée, de sorte que ce trouble existait déjà lors de la décision litigieuse du 13 novembre 2009 et a visiblement persisté tout au long des années, au vu des rapports des différents médecins.

Certes, le recourant n'a jamais eu de suivi psychiatrique, toutefois, on ne saurait faire fi des constatations des médecins et experts orthopédistes et interniste, compte tenu de l'importance que semblent avoir les troubles psychiques du recourant sur sa capacité à exercer une activité lucrative.

Dès lors, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise portant sur les troubles psychiques et sur leur éventuelle influence sur la capacité de travail du recourant, l'intimé n'ayant jamais instruit le volet psychiatrique.

b) Deuxièmement, en ce qui concerne l'affection oncologique et pulmonaire, elle a été mise en évidence en 2013, soit plusieurs années après la décision litigieuse, et ne saurait ainsi être incluse dans le présent litige. La demande de révision déjà déposée par le recourant devra être examinée par l'intimé et une nouvelle décision rendue. Le dossier lui sera ainsi renvoyé sur ce point.

9. Reste à se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant, compte tenu déjà de ses troubles orthopédiques.

a) 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). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (art. 29 al. 2 LAI).

Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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.

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 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publiés du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

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'Enquête suisse sur la structure des salaires - 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; ATF non publié 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).

10. a) En l'occurrence, il sera rappelé que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité est né le 1^{er} mars 2007.

b) De plus, il a précédemment été déterminé que l'état de santé du recourant s'est en tous les cas amélioré d'un point de vue orthopédique dès le 14 février 2008, date à laquelle sa capacité de travail était de 50% dans une activité lucrative adaptée. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à février 2008, il convient de se placer en 2008 pour procéder à la comparaison des revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5).

En ce qui concerne le revenu sans invalidité 2008, l'intimé a retenu que le recourant aurait obtenu dans son activité habituelle un revenu annuel de 67'600 fr. en 2006. Celui-ci n'étant pas contesté et étant supérieur au revenu perçu en 2005 résultant du compte individuel du recourant, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; 2006 : 2'014 et 2008 : 2'092), le revenu sans invalidité 2008 est de 70'218 fr. 05 ($67'600 \times 2'092 / 2'014$).

Quant au revenu d'invalidé, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant des ESS, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. De plus, il y a lieu d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères et assises, dont on doit convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées à ce moment-là aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3). Ainsi, d'après l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de 4'806 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2008, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ainsi qu'à la capacité de travail de 50%. On obtient ainsi un revenu annuel brut de 29'989 fr. 45 ($4'806 \times 12 \times 41.6 / 40 \times 50\%$).

En outre, l'intimé a retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible. Toutefois, dans la mesure où ces deux critères ont précisément justifié la capacité de travail de 50%, ils ne sauraient être pris en considération une seconde fois dans l'abattement. En revanche, il convient de tenir compte du fait que le recourant était déjà âgé de 57 ans en 2008 et de son taux d'occupation qui n'est que de 50%. Compte tenu de la réalisation de ces deux critères, on peut raisonnablement retenir un abattement de 10%. Le revenu d'invalidé 2008 s'élève ainsi de 26'990 fr. 55 ($29'989.45 - 10\% \times 29'989.45$).

Le degré d'invalidité du recourant est ainsi de 62% ($(70'218.05 - 26'990.55) \times 100\% / 70'218.05$), taux lui ouvrant le droit à un trois-quarts de rente.

Dès lors, les conditions de la révision du droit à la rente entière du recourant sont réalisées pour la diminuer à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} juin 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé durant le mois de février 2008.

11. Par conséquent, le recours est partiellement admis et la décision de l'intimé réformée, en sens que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 mai 2008, puis à un trois-quarts de rente. Pour le surplus, le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction concernant les troubles psychiques et les troubles oncologiques et pulmonaires, puis pour nouvelle décision.

Une indemnité de 4'500 fr. est accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA ; RSG R 5 10). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI et 89 H al. 4 LPA) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 francs.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'OAI du 13 novembre 2009, en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 mai 2008, puis à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} juin 2008.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction des troubles psychiques et des troubles oncologiques et pulmonaires de l'assuré et pour nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de 4'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
7. 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

Irène PONCET

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