

GE_GERICHTE A/3025/2016 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3025_2016

FR: GE_GERICHTE A/3025/2016 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3025/2016 del 16 ottobre 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO, avocate recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est né le _____ 1956. Entre 1976 et 1981, puis entre 1981 et 1982, au Portugal, il a travaillé dans l'industrie automobile, d'abord en qualité de vendeur de pièces détachées, puis comme chef de secteur du département des pièces détachées. Après son arrivée en Suisse, il a exercé les professions de chasseur-voiturier de 1983 à 1988, de coursier de 1988 à 1990, de conseiller en assurances de 1990 à 1992 et de vendeur de 1993 à 1999. Le 17 janvier 2000, il a été engagé à plein temps, soit 42 heures par semaine, en qualité d'employé des services généraux par B_____ (ci-après : l'employeur).! [endif]>! [if> 2. Le 5 octobre 2012, l'assuré a été victime d'un accident de moto au Portugal, lequel a occasionné une fracture supra-condylienne du fémur gauche, une fracture de l'extrémité distale du radius droit, une luxation et une rupture massive de la coiffe de l'épaule droite et une fracture du cinquième métacarpien gauche et du quatrième doigt de la main gauche. Le cas a été pris en charge par Generali Assurances Générales SA (ci-après : l'assurance-accidents).! [endif]>! [if> 3. Le 25 octobre 2012, l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Il a indiqué avoir subi un polytraumatisme suite à un accident de moto le 5 octobre 2012 et être en incapacité totale de travailler depuis cette date.! [endif]>! [if> 4. A la demande de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations le 30 novembre 2012. Dans ce contexte, il a précisé percevoir un revenu mensuel brut de CHF 8'289.-.! [endif]>! [if> 5. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré du 13 décembre 2012, depuis son engagement, l'intéressé a perçu les revenus suivants : CHF 73'442.- en 2000 dont CHF 1'782.- de l'assurance-chômage, CHF 79'364.- en 2001, CHF 81'208.- en 2002, CHF 84'339.- en 2003, CHF 84'998.- en 2004, CHF 91'850.- en 2005, CHF 92'447.- en 2006, CHF 92'072.- en 2007, CHF 93'424.- en 2008, CHF 96'365.- en 2009, CHF 112'001.- en 2010 et CHF 100'868.- en 2011.! [endif]>! [if> 6. Dans un rapport du 8 janvier 2013, le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture du fémur gauche et de fracture de l'extrémité distale du radius droit, avec rupture de la coiffe des rotateurs droite, survenus le 5 octobre 2012. En raison d'un accident de moto le 5 octobre 2012, l'assuré avait subi de multiples fractures et douleurs, et une limitation de la mobilité. L'évolution était lente mais plutôt favorable, étant précisé que des séquelles de mobilité étaient probables. Dans son activité habituelle dans la banque, l'incapacité de travail était de 100%, sans limite dans le temps. L'assuré présentait une mobilité réduite du membre supérieur droit (épaule et poignet) et une diminution des

capacités d'écriture et d'utilisation d'un ordinateur, et marchait avec difficulté. Il était trop tôt pour évoquer la reprise de l'activité professionnelle. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles et devait travailler en position assise, éviter de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, d'effectuer des rotations en position assise ou debout, de soulever ou de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage, et de monter des escaliers. L'utilisation du membre supérieur droit était impossible.![endif]>![if> 7. Dans une lettre de sortie du 10 janvier 2013, les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé au sein des HUG du 21 novembre 2012 au 7 janvier 2013. Ils ont retenu les diagnostics suivants : fracture supra-condylienne du fémur gauche, échographie le 5 octobre 2012 avec réduction sub-optimale et reprise le 19 octobre 2012 pour cal vicieux avec ablation du clou rétrograde et mise en place d'une plaque LISS; fracture de l'extrémité distale du radius droit, ostéosynthèse par plaque LCP le 5 octobre 2012 et reprise le 30 octobre 2012 pour cal vicieux; status post luxation et rupture massive de la coiffe de l'épaule droite, réinsérée le 30 octobre 2012 (sus et sous-épineux, sub-scapulaire, ténodèse LCB; fracture du métacarpien V gauche oblique, traitée conservativement; status post luxation IPD du quatrième rayon de la main gauche, réduite; contusion du sternum. La capacité de travail à la sortie était nulle. L'intéressé avait été pris en charge après les interventions chirurgicales. Suite à une rééducation intensive en physiothérapie et ergothérapie, l'assuré retrouvait une autonomie dans les activités de la vie quotidienne et pouvait à nouveau se déplacer seul. L'évolution du membre supérieur droit était moins favorable avec des amplitudes articulaires passablement limitées.![endif]>![if> 8. Le 28 janvier 2013, l'employeur a notamment indiqué à l'OAI que depuis le 1 er mars 2012, l'assuré percevait un salaire annuel de CHF 96'828.- auquel s'ajoutait une indemnité repas de CHF 2'640.- par an. En sus de son salaire, l'assuré avait perçu un bonus pour l'année 2011 de CHF 1'300.- en février 2012, un bonus pour l'année 2010 de CHF 1'500.- en février 2011, et un bonus pour l'année 2009 de CHF 1'000.- en février 2010. En sa qualité d'employé des services généraux, l'intéressé accomplissait de multiples tâches, soit le traitement et la distribution du courrier, la préparation des salles de réunion, les archives physiques, la préparation de la banque restante, le traitement des documents confidentiels à recycler et la préparation des documents pour l'enregistrement. Ces activités étaient déployées le plus souvent en position assise ou en marchant et impliquant de soulever ou de porter des charges allant jusqu'à dix kilogrammes.![endif]>![if> 9. Le 4 février 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 18 octobre au 21 novembre 2012, puis du 21 novembre 2012 au 7 janvier 2013 pour rééducation. Son accident avait occasionné une fracture complexe du fémur gauche, une fracture du poignet droit, une fracture de l'épaule droite avec luxation, une fracture du cinquième métacarpien gauche, une fracture du quatrième doigt de la main gauche, une contusion au sternum et des contusions multiples. Plusieurs interventions chirurgicales avaient été nécessaires. Il avait revu l'assuré le 4 février 2013. A cette date, l'évolution au niveau du fémur gauche était favorable avec une consolidation radiologiquement acquise. L'intéressé pouvait maintenant marcher sans canne. Au niveau de l'épaule droite, une physiothérapie était encore nécessaire, en raison d'une mobilité active encore limitée. Quant à son poignet droit, l'évolution était lentement favorable. Une physiothérapie de mobilisation était encore nécessaire, la fonction du poignet droit étant réduite. Actuellement, son incapacité de travail

était encore totale, pour une durée encore indéterminée. Son état n'était pas encore stabilisé et était encore susceptible d'amélioration les semaines suivantes.!

10. Le Dr E_____ a notamment joint à son courrier une lettre de sortie du 23 novembre 2012 établie par ses soins et ceux du docteur F_____. Il y retenait les diagnostics de status post fracture supra condylienne du fémur gauche avec présence d'un cal vicieux avec status post enclouage centromédullaire rétrograde le 5 octobre 2012, de status post fracture de l'extrémité distale du radius droit avec présence d'un cal vicieux avec status post ostéosynthèse par plaque le 5 octobre 2012, de status post luxation de l'épaule droite avec rupture-arrachage de la coiffe des rotateurs post traumatique, de fracture du métacarpe 5 gauche, de status post luxation IPD du quatrième rayon de la main gauche, réduite, et de contusion du sternum. L'assuré avait été hospitalisé du 18 octobre au 21 novembre 2012. Il avait été opéré le 19 octobre 2012 pour une ablation du clou rétrograde, une correction de longueur par distraction et une réostéosynthèse par plaque LISS, le 30 octobre 2012 pour une réinsertion sous-épineux, sus-épineux et sous scapulaire de l'épaule droite, et une ténodèse du tendon long chef du biceps droit, et le 30 octobre 2012 pour une ostéotomie intra-articulaire précoce de l'extrémité distale du radius droit. L'incapacité de travail était de 100% du 18 octobre au 17 décembre 2012.

11. Le 18 février 2013, l'assurance-accidents a transmis des pièces à l'OAI, notamment divers certificats médicaux émis par les HUG et attestant d'une incapacité totale de travail et couvrant la période du 18 octobre 2012 au 28 février 2013.

12. Dans un rapport du 8 avril 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture supra-condylienne du fémur gauche; fracture de l'extrémité distale du radius droite; status post luxation et rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droit; fracture du cinquième métacarpien gauche; et status post luxation IPD D4 gauche. L'accident et la prise en charge immédiate après l'accident avaient eu lieu au Portugal. Après le transfert à Genève, une prise en charge multidisciplinaire avait été nécessaire pour reprendre la fracture du fémur, reprendre la fracture du radius et reprendre et réinsérer la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Les atteintes à la main avaient été traitées par un traitement conservateur. Actuellement, l'assuré présentait des douleurs à la mobilisation des troisième et quatrième doigts ainsi qu'une ténosynovite de De H_____.

13. Le pronostic était lentement favorable. Le traitement actuel était physiothérapeutique et antalgique. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100%, en raison de l'atteinte ostéo-articulaire multiple comprenant le membre supérieur dominant et le membre inférieur.

14. Le 29 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'était actuellement indiquée.

15. Le 13 mai 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a communiqué à l'OAI deux rapports établis par ses soins : - l'un à la suite d'une consultation le 7 février 2013. Trois mois et demi après l'accident, l'évolution était favorable au niveau du genou et du poignet, avec une récupération progressive des amplitudes articulaires et une diminution des douleurs. En revanche, l'intéressé était très limité au niveau de son épaule droite, en raison de douleurs et d'une perte de mobilité, et ce malgré la physiothérapie trois fois par semaine, à sec et en piscine. Les douleurs nocturnes au niveau de l'épaule nécessitaient le port d'un gilet ; - l'autre suite à une consultation le 18 mars 2013. L'évolution était marquée par une épaule gelée à droite. Elle était peu favorable avec la persistance de douleurs et la non-récupération des amplitudes articulaires. La prochaine consultation était agendée dans trois mois. L'arrêt

de travail était maintenu à 100% jusqu'à cette date. 14. Dans un rapport intermédiaire du 7 octobre 2013, le Dr I_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Une année après le polytraumatisme, une ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet droit était prévue le 16 octobre 2013. L'évolution au niveau de l'épaule était stagnante avec la persistance d'une épaule raide malgré les auto-exercices de mobilisation. Concernant le fémur gauche, l'évolution était favorable avec une marche sans moyen auxiliaire. Il y avait une discrète boiterie antalgique lors des premiers pas. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité sédentaire. 15. Le 9 octobre 2013, l'assurance-accidents a communiqué à l'OAI plusieurs pièces, dont : - des certificats médicaux du Dr I_____ attestant d'une incapacité de travail totale entre le 1^{er} mars et le 13 août 2013 ; - des décomptes d'indemnités journalières versées par l'assurance-accidents pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2013 ; - un rapport du 20 mars 2013 du Dr G_____ dans lequel ce dernier retenait les diagnostics de fracture du cinquième métacarpien gauche, d'entorse métacarpo-phalangienne et de fracture du poignet droit. L'évolution était satisfaisante. L'incapacité de travail était totale du 18 janvier au 28 février 2013. L'assuré subissait un dommage permanent sous la forme d'arthrose et de raideurs ; - un rapport du 10 juin 2013 du Dr I_____ relevant que neuf mois après l'accident, l'évolution stagnait. L'assuré marchait en charge totale, sans canne anglaise, mais avec une légère boiterie. Il était surtout gêné par son épaule. Son genou et son poignet le gênaient peu ; - un rapport du 13 septembre 2013 établi par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de l'assurance-accidents, selon lequel une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% était due en raison des atteintes à l'épaule et au poignet. Il existait un risque de perte de capacité de retour au travail dans un poste physique ou sollicitant le membre supérieur droit. 16. Dans un rapport intermédiaire du 3 février 2014, le Dr G_____ a relevé que l'état de l'assuré était stationnaire. Les douleurs étaient en diminution. Il suivait un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle. 17. Par courrier du 10 février 2014, l'assurance-accidents a informé l'OAI qu'à compter du 1^{er} février 2014, l'assuré ne faisait plus partie du personnel de l'employeur, et qu'il bénéficiait d'une pré-retraite. Elle a joint à son envoi divers documents, dont : - une lettre de sortie du 1^{er} novembre 2013 des HUG indiquant que l'assuré avait été hospitalisé du 16 au 17 octobre 2013 pour subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du poignet droit ; - un rapport du 2 janvier 2014 du Dr G_____, lequel retenait le diagnostic de fracture complexe. L'incapacité de travail était de 100% du 28 novembre 2013 au 12 janvier 2014 ; - un courrier du 21 janvier 2014 adressé à l'assurance-accident par le professeur K_____, spécialiste FMH en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lequel a indiqué que suite à l'accident et aux multiples atteintes en résultant, plusieurs interventions chirurgicales avaient été nécessaires au niveau de l'épaule droite. Lui et son équipe avaient procédé à la réparation d'une rupture, arrachage de la coiffe des rotateurs le 30 octobre 2012. Depuis, l'assuré était suivi en physiothérapie. Lors de la dernière consultation le 26 août 2013, il trouvait une élévation à 100° en actif, une rotation interne à 20° et une rotation interne à la fesse. Les radiographies de ce jour montraient une position adéquate de la tête humérale par rapport à la glène. - des décomptes d'indemnités journalières de l'assurance-accidents portant sur la période du 1^{er} août 2013 au 31 janvier 2014. 18. Dans un avis du 23 avril 2014, la doctoresse L_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a rappelé l'âge, le contexte professionnel, la date de

l'accident et ses conséquences sur l'état de santé de l'assuré. L'évolution avait été lente mais favorable, cependant, au vu des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle, la capacité de travail restait nulle. En tenant compte des rapports des Drs G_____ et I_____, on pouvait retenir octobre 2013 comme la date de début de l'aptitude à la réadaptation. Dans un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles, soit dans une activité sédentaire, sans port de charges, ni sollicitation répétée de l'épaule et du poignet droits ou de gestes des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, on pouvait retenir une capacité de travail de 100%.! [endif]>! [if> 19. Dans un projet de décision du 21 mai 2014, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2013, au motif que l'intéressé bénéficiait d'une pré-retraite dès le 1^{er} février 2014, qu'il était en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle depuis le 5 octobre 2012, mais qu'à partir de cette même date (1.10.2013), une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible et qu'après comparaison des gains en 2013, le degré d'invalidité était de 47%.! [endif]>! [if> 20. Dans un rapport du 16 juin 2014, le docteur M_____ de l'Hôpital de la Tour a posé le diagnostic de lésion localisée du muscle sus-épineux. L'assuré présentait une douleur quotidienne à l'épaule et une perte d'amplitude. L'évolution de la pathologie était stagnante, avec une impotence fonctionnelle et des douleurs. L'assuré demeurait apte à réaliser des travaux légers. Il convenait de proscrire les activités nécessitant la flexion, le levage et le port de charges fréquents. L'assuré ne pouvait pas travailler en maintenant les bras tendus ou levés, lever et porter des charges de plus de cinq kilogrammes, soutenir une cadence de travail contraignante ou s'acquitter d'un travail répétitif. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de banque ou dans une activité adaptée était de 100%. L'invalidité dans l'activité antérieure était partielle. Une amélioration de l'état de santé pouvait être attendue, moyennant une opération.! [endif]>! [if> 21. Par décision du 15 août 2014, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2013, reprenant les termes et développements de son projet de décision du 21 mai 2014.! [endif]>! [if> 22. Par acte du 12 septembre 2014, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013, et subsidiairement à l'audition de ses médecins traitants et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. En substance, l'assuré contestait que son état de santé soit stabilisé, le fait qu'il soit capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et le calcul de son degré d'invalidité.! [endif]>! [if> L'assuré a joint à son recours plusieurs documents, dont : - divers certificats médicaux, notamment du Dr G_____, attestant de son incapacité totale de travailler du 18 octobre 2012 au 31 octobre 2014 ; - un courrier du 4 septembre 2014 de l'assurance-accidents l'informant que compte tenu de son opération à l'épaule droite prévue le 15 octobre 2014 et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à la jambe gauche, elle avait décidé de reporter au premier trimestre 2015 l'expertise initialement prévue le 2 octobre 2014 ; - un certificat médical sur fichet d'ordonnance médicale du 3 septembre 2014 du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'une intervention chirurgicale était programmée le 15 octobre 2014. L'opération consistait en une arthroscopie avec arthrolyse, évaluation du long chef du biceps, réinsertion du sous-épineux et résection du centimètre externe de la clavicule. 23. Dans sa réponse du 22

octobre 2014, l'OAI a conclu à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire. En effet, selon l'avis du 16 octobre 2014 de la Dresse L_____ du SMR, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé lors de son appréciation du 23 avril 2014, de sorte qu'il y avait lieu de s'associer à l'expertise devant être effectuée dans le cadre de la procédure conduite par l'assurance-accidents durant le premier trimestre 2015.![endif]>![if> 24. Le 31 octobre 2014, l'assuré a accepté le principe du renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, avec suite de frais et dépens.![endif]>![if> 25. Par arrêt du 17 novembre 2014 (ATAS/1176/2014) la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 15 août 2014, en tant qu'elle refuse à l'assuré une rente d'invalidité supérieure à un quart, et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'état du recourant n'était pas stabilisé, en raison d'une opération de l'épaule droite subie le 15 octobre 2014.![endif]>![if> 26. Dans une expertise du 3 juin 2015 réalisée à la demande de l'assurance-accidents et suite à l'examen de l'assuré le 22 mai 2015, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a brièvement rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse de l'assuré, reporté ses plaintes, fait état de ses constatations objectives et interprété les documents d'imagerie.![endif]>![if> Il a retenu les diagnostics suivants: limitation fonctionnelle douloureuse permanente de l'épaule et du poignet droit; gonalgies gauches sus-condyliennes externes à l'effort; rhizarthrose bilatérale avancée, symptomatique à gauche; status après ténolyse de la coiffe et résection de la clavicule distale droite le 15 octobre 2014; status après ablation du matériel d'ostéosynthèse et ténoarthrolyse du poignet droit le 16 octobre 2013 et arthrose radio-carpienne posttraumatique; status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, ostéotomie intra-articulaire de correction et réostéosynthèse du poignet droit le 30 octobre 2012; status après suture des tendons sous-épineux, sus-épineux et sous-scapulaire droits avec ténodèse du LCP le 30 octobre 2012; status après réostéosynthèse du fémur distal droit par plaque et vis le 19 octobre 2012; et status après accident de circulation le 5 octobre 2012 avec une luxation postérieure de l'épaule droite et rupture massive de la coiffe des rotateurs traitée conservativement, une fracture intra-articulaire de l'épiphyse distale du radius droit, ostéosynthésée (plaque palmaire), une fracture suscondylienne du fémur gauche, ostéosynthésée (clou rétrograde), une fracture du cinquième métacarpien gauche traitée conservativement, une luxation de l'IPD de D4 gauche traitée conservativement et une fracture non déplacée du sternum traitée conservativement. La rhizarthrose bilatérale était purement dégénérative et préexistante, mais tous les autres diagnostics découlaient de l'accident. Elle n'intervenait pas de façon significative dans l'évolution du cas ni dans l'appréciation de la capacité de travail. Le statu quo ante et le statu quo sine ne pourraient plus jamais être retrouvés, en raison de la persistance définitive d'une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule et du poignet droit. Le genou gauche et la main gauche avaient évolué de manière favorable avec des séquelles minimales qui allaient encore s'atténuer après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche, qui pouvait être réalisée n'importe quand. Les séquelles significatives de l'accident se situaient au niveau du membre supérieur droit avec une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule et du poignet droit. S'agissant de l'épaule droite, on arrivait vraisemblablement au bout des solutions chirurgicales et le traitement de physiothérapie en cours n'allait probablement que l'améliorer très partiellement. Il fallait s'attendre à une limitation fonctionnelle douloureuse définitive et une gêne permanente pour tous les efforts en élévation de l'épaule droite. Pour le poignet droit, la situation avait évolué vers une incongruence et une arthrose

radio-carpienne avancée avec une limitation fonctionnelle douloureuse susceptible de nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale, notamment une arthrodèse radio-carpienne. Celle-ci n'allait pas améliorer la fonction, mais pouvait diminuer les douleurs résiduelles du poignet droit. Elle pouvait avoir lieu dans le courant de l'année, en même temps que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche. L'état du membre supérieur droit était la raison médicale principale empêchant la reprise de l'activité habituelle, laquelle comprenait la manipulation bi-manuelle répétitive d'objets plus ou moins lourds. La poursuite de la physiothérapie de rééducation de l'épaule droite pouvait permettre d'améliorer la mobilité de cette épaule. Elle allait durer probablement jusqu'à la fin de l'année 2015, en attendant que des phénomènes d'accoutumance interviennent. L'état médical de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Même en prenant en considération les traitements proposés, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans un établissement bancaire, l'assuré pouvait d'ores et déjà reprendre à temps complet une activité ne nécessitant pas de mouvement répétitif ni d'effort du membre supérieur droit comme par exemple une pure activité d'huissier. Cela dépendait des possibilités de son employeur de modifier son cahier des charges, étant rappelé que l'assuré avait été licencié. De manière plus générale, dans une activité adaptée, sans effort ni mouvement répétitif du membre supérieur droit, notamment en hauteur, l'intéressé pourrait d'ores et déjà reprendre un travail à temps complet. Un travail léger, par exemple dans la vente de cassettes vidéo, pourrait être exigible, à condition que le poste ne nécessite pas de manutention lourde en hauteur. Un travail en position semi-assise sur un plan de travail rabaissé, par exemple dans l'industrie légère, pourrait convenir, de même qu'un travail de vendeur de pièces détachées. Sur ce point, l'assuré estimait que cela nécessiterait une mise à jour de ses connaissances, lesquelles remontaient à une trentaine d'années. Ces mesures de réadaptation pouvaient théoriquement être entreprises sans délai. Il fallait cependant compter avec l'intervention chirurgicale précitée assortie d'un arrêt de travail à 100% de quatre à six mois, qu'il pouvait être plus judicieux de faire prochainement, avant la reconversion professionnelle. Enfin, un taux d'atteinte à l'intégrité de 25% pouvait être retenu, en raison de la limitation fonctionnelle douloureuse définitive de l'épaule droite et de la limitation fonctionnelle plus ou moins douloureuse de l'arthrodèse du poignet droit. 27. Le 10 juin 2015, l'assurance-accident a transmis à l'OAI divers documents, dont : - un rapport du 15 octobre 2014 du Dr M_____, lequel retenait le diagnostic d'arthroscopie de l'épaule droite, arthrolyse pour une capsulite rétractile sévère, réalisée le 14 octobre 2014. Le traitement consistait en une prise d'antalgiques et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était de 100% pour une durée de trois à six mois, à l'issue desquels, une reprise du travail était possible à 100% ; - des certificats médicaux établis par plusieurs médecins, dont les Drs G_____ et N_____, et attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2012 au 13 août 2013 et du 14 octobre 2013 au 13 juin 2015. 28. Dans un rapport du 12 juin 2015, le Dr N_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrolyse, d'acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule, et d'épaule raide post opératoire. Le pronostic était favorable. Le traitement consistait en des étirements et de la physiothérapie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du 14 octobre 2014 au 13 juillet 2015, en raison de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, puis de 50% à 100% dès le 14 juillet 2015. Le rendement serait réduit. L'assuré ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter des charges supérieures à deux kilogrammes et monter sur une échelle ou un échafaudage. 29. Dans un avis du 24 août 2015, la doctoresse P_____, médecin du SMR, a relevé que

l'expertise du Dr O_____ permettait de retenir la persistance de séquelles durables de l'accident du 5 octobre 2012, entraînant principalement des limitations fonctionnelles douloureuses au niveau de l'épaule et du poignet droits. En outre, l'assuré présentait une rhizarthrose bilatérale avancée, symptomatique à gauche, sans rapport avec l'accident. L'évolution était favorable au niveau du genou gauche et de la main gauche, avec des séquelles minimales qui allaient encore s'atténuer. L'état de santé n'était pas stabilisé, une ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur gauche devant encore être programmée. Au niveau du poignet droit, le Dr O_____ estimait qu'une nouvelle intervention de type arthrolyse radio-carpienne pourrait se justifier. Ces interventions impliquaient un arrêt de travail complet de quatre à six mois. Par ailleurs, la rééducation de l'épaule droite était toujours en cours. Quoiqu'il en soit, l'expert confirmait que l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles intéressant le membre supérieur droit, il estimait qu'une capacité de travail était exigible dès à présent et à temps complet. Dans son rapport du 17 juin 2015, le Dr N_____ attestait d'une évolution favorable six mois après l'opération. Il rapportait la persistance d'une raideur post-opératoire et le fait que le traitement en cours visait à améliorer la fonction de l'épaule. Il envisageait une reprise du travail à 50-100% dès mi-juillet 2015. Compte tenu de ces éléments, la Dresse P_____ a considéré que les précédentes conclusions du SMR devaient être modifiées. L'incapacité de travail était de 100% dès le 5 octobre 2012. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle était de : - 100% du 13 janvier 2014 au 13 octobre 2014, selon le rapport du 3 février 2014 du Dr G_____ attestant d'une capacité de travail de 100% après ré-opération du poignet droit en octobre 2013 et le courrier du 21 janvier 2014 du Pr K_____ attestant d'une récupération partielle des amplitudes articulaires de l'épaule droite ; - 0% dès le 14 octobre 2014, en raison de la ré-opération de l'épaule droite ; - 100% dès le 25 mai 2015, date de l'examen médical du Dr O_____, lequel confirmait l'évolution favorable de l'épaule droite, sept mois après la dernière intervention. S'agissant des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule et poignet), il convenait de proscrire les mouvements répétitifs du bras droit ou du poignet, le travail au-dessus de l'horizontale, la manutention lourde ou le port de charges autres que légères et occasionnelles, et les mouvements répétitifs du poignet. En ce qui concerne le genou gauche, il convenait d'éviter le travail à genou ou accroupi. Au final, il existait une aptitude à la réadaptation dès la fin mai 2015. Toutefois, l'état de santé n'était pas stabilisé, en raison des interventions au niveau du fémur gauche et du poignet droit pouvant être réalisées prochainement. Celles-ci n'étaient pas encore programmées. Il faudrait compter sur quatre à six semaines d'arrêt complet après ces opérations. Dans l'intervalle, l'aptitude à la réadaptation et la capacité de travail étaient entières dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. 30. Le 15 octobre 2015, le service de réadaptation de l'OAI a considéré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables, compte tenu du fait que l'assuré était en pré-retraite. 31. Le 16 novembre 2015, l'OAI a rendu un projet de décision. Il refusait l'octroi de mesures professionnelles et octroyait une rente d'invalidité à l'assuré de la manière suivante : une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014, un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 43% du 1^{er} avril au 31 décembre 2014, une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} janvier au 31 juillet 2015 et un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 43% dès le 1^{er} août 2015. Suite à l'arrêt de la chambre de céans du 17 novembre 2014, il avait

procédé à une instruction complémentaire. Les éléments médicaux recueillis avaient été soumis au SMR, lequel avait retenu, dans son avis du 24 août 2015, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 5 octobre 2012. A l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 5 octobre 2013, l'incapacité de travail était totale dans toute activité, de sorte qu'une rente entière d'invalidité était due dès le 1^{er} octobre 2013. Suite à l'évolution favorable de son état de santé, le SMR avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de 100% du 13 janvier au 13 octobre 2014, et dès le 25 mai 2015. En raison de l'opération subie en octobre 2014, l'incapacité de travail était totale du 14 octobre 2014 au 24 mai 2015. Pour les périodes du 13 janvier au 13 octobre 2014 et dès le mois de mai 2015, le degré d'invalidité était de 43%. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il était fondé sur le dernier salaire perçu par l'assuré, soit CHF 96'828.- en 2012. Actualisé en 2014 au moyen de l'Indice suisse des salaires (ci-après : ISS), le salaire annuel correspondait à CHF 98'244.-, étant précisé que les indemnités de repas, soit CHF 2'640.- par an, n'étaient pas soumises à l'AVS et n'étaient donc pas pris en considération. Quant au revenu avec invalidité, il était basé sur le salaire moyen total du tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ci-après : ESS) pour un homme exerçant une activité simple et répétitive, soit CHF 66'130.-. Afin de tenir compte du fait que seule une activité légère était possible, des années de service et de l'âge, un abattement supplémentaire de CHF 15% devait être appliqué, de sorte que le revenu avec invalidité était ramené à CHF 56'211.-. Sa perte de gain s'élevait ainsi à CHF 42'033.- (98'244 - 56'211) et son degré d'invalidité à 42.78% arrondis à 43%. A compter du 1^{er} octobre 2013, l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100%). Dès le 1^{er} avril 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé, l'assuré avait droit à un quart de rente (degré d'invalidité de 43%). A partir du 1^{er} janvier 2015, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé, l'intéressé avait à nouveau droit à une rente entière (degré d'invalidité de 100%). Enfin, dès le 1^{er} août 2015, trois mois après l'amélioration de l'état de santé, l'assuré avait droit à un quart de rente (degré d'invalidité de 43%). 32. Le 23 décembre 2015, l'assuré s'y est opposé, concluant à son annulation. Le projet d'octroi de rente partielle apparaissait prématuré, son état n'étant pas stabilisé. En effet, il avait été hospitalisé du 25 au 28 novembre 2015 afin de subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse de son genou gauche. Il était toujours en arrêt de travail, jusqu'au 14 janvier 2016, en vertu d'un certificat du Dr N_____. Le 16 janvier 2016, il devait rencontrer un médecin afin de décider si la dernière intervention, soit une arthrodèse radio-carpienne à droite, devait être effectuée ou non. Au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il contestait disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le calcul de son degré d'invalidité était également contesté, compte tenu de son âge (60 ans en mars 2016) qui rendait illusoire toute réinsertion professionnelle dans une nouvelle profession. Enfin, le Dr O_____ considérait que des mesures de réinsertion professionnelles étaient envisageables, alors que l'OAI les refusait. 33. Dans un avis du 18 février 2016, le SMR (Dresse P_____) a relevé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou gauche avait eu lieu le 25 novembre 2015. On en ignorait les suites, étant précisé qu'a priori, une telle intervention justifiait un arrêt de travail médico-théorique de courte durée, soit d'un mois environ. Le Dr N_____ prescrivait un arrêt de travail jusqu'au 14 janvier 2016. La motivation de cet arrêt était inconnue, étant rappelé que ce même médecin anticipait le retour à une capacité de travail de 50 à 100% dès le 14 juillet 2015. Aucun document justifiant la poursuite d'un arrêt de travail en lien avec l'atteinte à l'épaule n'avait été transmis. S'agissant de l'arthrodèse

radio-carpienne droite, on ignorait quelle décision avait été prise et aucun rapport n'avait été transmis. La capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était contestée, mais aucun argument de source médicale n'avait été transmis. En l'état, le dossier ne contenait aucune information médicale susceptible de modifier ses conclusions du 24 août 2015. 34. Par pli du 3 mars 2016, l'assuré a communiqué à l'OAI le compte rendu opératoire établi par le Dr E_____ suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur gauche distal, le 26 novembre 2015. Pour le surplus, il a indiqué que l'arthrodèse radio-carpienne droite qui devait avoir lieu en janvier 2016 avait été reportée. Il devait rencontrer le Dr G_____ le 14 avril 2016 pour décider de la date de l'opération. 35. Le 7 mars 2016, l'assurance-accidents a transmis à l'OAI divers documents, dont : - un courrier du 10 juillet 2015 du Dr E_____ indiquant que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur gauche était prévue en novembre 2015. En ce qui concerne les fractures du poignet droit et de l'épaule droite, l'état de l'assuré était stabilisé et ne nécessitait aucune nouvelle intervention ; - un courrier du 29 octobre 2015 du Dr N_____, lequel relevait que l'assuré avait noté une nouvelle décompensation au niveau de son épaule droite, en août 2015. Cliniquement, il gardait des amplitudes articulaires limitées. Les mobilisations s'accompagnaient de réactions pathologiques. Il avait proposé à l'intéressé une infiltration guidée sous-acromiale. Ce dernier souhaitait pour l'instant surseoir à ce geste. Dans la mesure où la physiothérapie ne l'aidait pas ces derniers temps, il lui avait proposé d'arrêter et de revenir le consulter dans quelques mois, si la symptomatologie venait à persister ; - un courrier du 30 novembre 2015 du Dr E_____ indiquant que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur gauche du 26 novembre 2015 s'était déroulée sans difficulté, les suites post-opératoires ayant été simples ; - un courrier du 17 décembre 2015 du Dr E_____ précisant que l'intervention du 26 novembre 2015 avait nécessité un arrêt de travail d'une dizaine de jours environ, l'assuré devant retrouver par la suite une capacité de travail entière ; - un rapport intermédiaire du 18 décembre 2015 du Dr N_____, lequel concluait à une incapacité de travail totale du 14 octobre 2014 au 15 janvier 2015, et à une reprise du travail à 100% dès le 15 janvier 2015 ; - des certificats médicaux du Dr N_____ faisant état d'une incapacité totale de travail du 13 août 2015 au 13 janvier 2016 ; - des décomptes d'indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période du 1^{er} juin 2015 au 29 février 2016. 36. Le 19 mai 2016, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué rejoindre l'avis du Dr O_____ en ce qui concerne les capacités de travail et les compétences transversales et passées de l'assuré. En se référant au descriptif de fonction de la dernière activité, l'employeur indiquait qu'il y avait peu d'activités physiques (moins de trente minutes par jour). Celles-ci étaient effectuées à l'aide d'un chariot pour transporter des cartons de documents d'un point à un autre. Le port de charge était d'un maximum de dix kilogrammes. L'assuré restait rarement debout, mais il pouvait être amené à marcher entre trente minutes et trois heures par jour. Le service de réadaptation constatait que de nombreuses tâches respectaient parfaitement les limitations fonctionnelles, comme le traitement du courrier, la préparation des salles de réunion, la préparation de la banque restante, la préparation des documents confidentiels à recycler et la préparation des documents pour enregistrement. L'employeur indiquait que le poste ne pouvait pas être segmenté, la taille de l'équipe étant insuffisante. Il pouvait en être déduit que pour cette entreprise en particulier, il n'était pas envisageable de négocier une redistribution des tâches afin de respecter au mieux les limitations fonctionnelles. Toutefois, dans un poste d'huissier, de caissier (exercé durant deux à trois ans auprès du même employeur),

d'employé de scannage, de réceptionniste, de téléphoniste, etc. l'assuré avait les connaissances, compétences, capacités et expériences pour accomplir de telles missions. Il n'était donc pas nécessaire de passer par une requalification ou une réorientation pour s'adapter à une nouvelle profession, celle-ci étant déjà maîtrisée. 37. Le 21 juin 2016, l'assurance-accidents a rendu une décision. Elle a mis fin aux indemnités journalières et au traitement médical au 31 mai 2016, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 44% calculée sur un gain assuré de CHF 101'139.15, dès le 1^{er} juin 2016, accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, soit CHF 31'500.- et maintenu la prise en charge des frais médicaux, soit un maximum de trois cycles annuels de neuf séances de physiothérapie, ainsi que deux contrôles annuels chez le médecin pour contrôle du suivi et renouvellement des ordonnances. 38. Par décision du 18 juillet 2016, l'OAI a confirmé les termes et conclusions de son projet de décision et rendu plusieurs décisions de rente, en fonction des périodes concernées. Au sujet des objections de l'assuré du 23 décembre 2015, l'OAI a rappelé les conclusions du SMR du 18 février 2016. Des opérations étaient encore programmées et pourraient entraîner des périodes d'incapacité de travail limitées dans le temps. L'arthrodèse radiocarpienne qui devait avoir lieu en janvier 2016 avait été reportée, sans qu'une date soit précisée. S'agissant de la réinsertion professionnelle, de nombreuses tâches de l'activité habituelle respectaient les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il n'était pas envisageable de négocier avec l'employeur une redistribution des tâches afin de respecter au mieux les limitations fonctionnelles. Toutefois, dans un poste d'huissier, de caissier (exercé durant deux à trois ans auprès du dernier employeur), d'employé de scannage, de réceptionniste, ou de téléphoniste, l'assuré avait les connaissances, les compétences, les capacités et l'expérience pour accomplir de telles missions. Il n'était donc pas nécessaire de passer par une requalification ou une réorientation professionnelle. Compte tenu de ces éléments, la précédente appréciation était maintenue. L'octroi de mesures professionnelles était refusé, une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100%) octroyée du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 et du 1^{er} janvier au 31 juillet 2015, et un quart de rente octroyé (degré d'invalidité de 43%) du 1^{er} avril au 31 décembre 2014 et dès le 1^{er} août 2015. 39. Par acte du 13 septembre 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre ces décisions. Il a conclu principalement à l'annulation des décisions de l'OAI du 18 juillet 2016 en tant qu'elles concernaient les périodes du 1^{er} avril au 31 décembre 2014 et dès le 1^{er} août 2015, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour lesdites périodes, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation des décisions entreprises en tant qu'elles concernaient les périodes du 1^{er} avril au 31 décembre 2014 et dès le 1^{er} août 2015, et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente, sous suite de frais et dépens. En premier lieu, il conteste disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles du 13 janvier au 13 octobre 2014, puis dès le 25 mai 2015. En 2014, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Or, la question de sa capacité de travail entre le 13 janvier et le 13 octobre 2014 n'avait fait l'objet d'aucun examen complémentaire. La position de l'intimé était exclusivement fondée sur l'avis du SMR du 24 août 2015. Or, les conclusions de la Dresse P_____ quant à sa capacité de travail durant cette période se basaient sur les rapports médicaux antérieurs, en particulier le rapport du Dr G_____ du 3 février 2014, lequel était erroné dans la mesure où il retenait une capacité de travail entière. En effet, ce même médecin avait établi ultérieurement des certificats médicaux attestant

d'une incapacité totale de travail. Compte tenu de ces éléments, il convenait d'admettre qu'entre le 13 janvier et le 13 octobre 2014, sa capacité de travail était nulle dans toute activité. S'agissant de la période débutant le 25 mai 2015, l'intimé avait erré en admettant que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce faisant, il ignorait la réalité de son parcours professionnel, de ses limitations fonctionnelles reconnues comme « définitives », « significatives » et « douloureuses » par le Dr O_____ le 3 juin 2015, et de son âge. A ce jour, son incapacité de travail était totale, ce qui était déjà le cas en mai 2015. Si par impossible la chambre de céans ne devait pas admettre son invalidité totale sur le plan professionnel depuis le 13 janvier 2014, force était d'admettre que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas complète et ne pouvait l'être à l'avenir. Pour la période du 13 janvier au 13 octobre 2014, il avait déjà démontré que les conclusions du SMR ne reposaient sur aucun motif fondé. S'agissant des conclusions du Dr O_____, elles n'étaient justifiées ni par les circonstances, ni par ses propres constatations. Ce dernier avait retenu des séquelles significatives au niveau du membre supérieur droit avec une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule et du poignet droit, une limitation fonctionnelle douloureuse définitive et une gêne permanente pour tous les efforts en élévation de l'épaule droite, et une limitation fonctionnelle plus ou moins douloureuse permanente de l'épaule et du poignet droit. Il avait déterminé sa capacité de travail dans une activité adaptée sur la base de ses déclarations lors de l'expertise, et non sur la base de faits concrets. Or, s'il avait pu déclarer au Dr O_____ qu'il pourrait peut-être travailler comme vendeur dans un magasin de cassette vidéo, rien n'indiquait qu'il ait envisagé d'exercer cette activité à 100%, ou qu'il ait été en mesure de le faire un an auparavant, soit entre le 13 janvier et le 13 octobre 2014. S'il l'on s'en tenait aux faits, soit aux pronostics des Drs O_____ et N_____, rien ne permettait d'établir une capacité de travail complète dans une activité adaptée, au contraire. S'il devait pouvoir travailler dans un magasin de cassette vidéo ou du même type, tout portait à croire que ses douleurs ne lui permettraient pas d'exercer cette nouvelle activité à plus de 50%. En outre, il convenait de prendre en considération le fait qu'il avait subi une nouvelle opération en novembre 2015, ce qui avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 14 janvier 2016. En second lieu, l'intimé n'avait pas traité de la question de sa baisse de rendement potentielle dans une activité adaptée. En raison de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs au niveau de l'épaule et du poignet droits, il était patent que son rendement ne pourrait pas être complet dans l'exercice d'une activité adaptée, quel que soit le taux d'incapacité. A cet égard, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr O_____ démontraient que le rendement ne pouvait pas être de 100%. Celui-ci ne pouvait pas dépasser 80%. Quant au taux d'abattement retenu, il était incontesté qu'il conservait de graves séquelles de son accident de moto, que sa mobilité était fortement réduite et que l'usage de ses membres supérieurs et inférieurs était restreint. En sus des limitations fonctionnelles, son âge était une limitation majeure à l'exercice d'une activité salariale, dans la mesure où il avait déjà atteint l'âge de 60 ans. Par conséquent, le taux d'abattement retenu aurait dû être fixé à 25% et non à 15% comme l'avait fait l'intimé. Enfin, lors du calcul du degré d'invalidité, l'intimé avait pris en compte un revenu sans invalidité de CHF 98'244.-, correspondant à son dernier salaire annuel de 2012 réactualisé en 2014. Ce montant ne tenait toutefois pas compte du bonus qu'il aurait perçu à la fin de l'année 2012 si l'accident n'était pas survenu. Il ressortait de son extrait de compte individuel qu'en 2011, son salaire, bonus inclus, se montait à CHF 100'868.-, ce qui aurait été le cas les années suivantes. Quel que soit le sort des griefs précédents, il convenait donc de recalculer

son degré d'invalidité en intégrant le montant de CHF 100'868.- à titre de revenu sans invalidité. 40. Dans sa réponse du 10 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise du 3 juin 2015 du Dr O_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le recourant ne pouvait pas reprocher à l'intimé de se fonder sur les conclusions du SMR, lesquelles étaient basées sur une expertise probante, soit des éléments médicaux objectifs, au contraire de l'intéressé qui concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sans s'appuyer sur des documents probants. Certes, le SMR avait-il admis que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé. Toutefois, la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. Par ailleurs, si des interventions chirurgicales avaient été subies ou étaient programmées, il fallait encore que celles-ci entraînent une incapacité de travail suffisamment durable pour avoir une influence sur le droit aux prestations. En ce qui concerne une éventuelle baisse de rendement, elle devait être définie par un médecin. Or, elle n'avait été retenue ni par l'expert, ni par le SMR, étant précisé que l'activité adaptée tenait déjà compte des limitations fonctionnelles. S'agissant de l'âge du recourant, il avait considéré, après analyse du cas particulier, que l'intéressé était encore en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Le taux d'abattement retenu de 15% tenait compte des années de service, de l'âge et du fait que seule une activité légère était possible. Contrairement à ce que soutenait le recourant, le seul âge « avancé » d'un assuré ne permettait pas d'entraîner à lui seul, de facto, un abattement de 25%. Il convenait encore de rappeler qu'en matière d'abattement, il disposait d'un large pouvoir d'appréciation. L'âge était un facteur de réduction du revenu d'invalidité, mais n'était pas un critère indépendant. Lors de l'expertise du Dr O_____, en juin 2015, le recourant était âgé de 59 ans, de sorte qu'en retenant un abattement de 15%, l'intimé n'avait pas excédé son pouvoir d'appréciation. Enfin, le revenu avec invalidité retenu dans le cadre du calcul du degré d'invalidité était basé sur les déclarations de l'employeur de janvier 2013. Ce dernier avait indiqué que le recourant aurait perçu un salaire annuel de CHF 96'828.-, ainsi que des indemnités repas de CHF 2'640.- par an. Les frais de repas ne faisant pas partie du salaire déterminant et n'étant pas soumis à cotisations, le montant de CHF 96'828.- avait été retenu à juste titre. 41. Dans sa réplique du 7 novembre 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Les conclusions du Dr O_____ étaient contredites par les certificats médicaux établis par le Dr G_____, lesquels établissaient explicitement une incapacité totale de travail pour la période d'avril à décembre 2014, et le rapport du Dr N_____ précisant que sa capacité de travail, suite à son opération en octobre 2014, se situerait entre 50 et 100%. Ainsi, la Dresse P_____ du SMR ne pouvait pas se contenter de valider les conclusions du Dr O_____, sans motiver les raisons pour lesquelles elle s'écartait des avis des Drs G_____ et N_____. Pour le surplus, le Dr O_____ n'avait pas retenu que sa capacité de travail était complète entre janvier et octobre 2014. En raison de ce défaut de motivation, l'avis de la Dresse P_____ n'aurait pas dû constituer une évaluation finale, mais donner lieu à une instruction complémentaire. Cela était d'autant plus vrai que l'arrêt du 17 novembre 2014 avait enjoint l'intimé à compléter son instruction, ce qu'il n'avait pas fait, la Dresse P_____ s'étant contentée de reprendre les précédentes conclusions du SMR. Si ni le Dr O_____ ni le SMR n'avaient retenu l'existence d'une baisse de rendement, ils ne l'avaient pas non plus exclue. En tout état de cause, les conclusions du SMR ne pouvaient être suivies, faute d'une motivation suffisante. Quant au Dr O_____, loin d'avoir exclu une baisse de rendement, il avait retenu que seule une activité ne nécessitant pas de mouvements répétitifs ni d'efforts du membre supérieur droit, notamment en hauteur, pouvait être envisagée, que des mesures

de réadaptation seraient nécessaires et qu'il souffrirait d'une gêne permanente pour tous les efforts en élévation de l'épaule droite, d'une limitation fonctionnelle douloureuse définitive de l'épaule droite, mobile jusqu'à l'horizontale et d'une limitation fonctionnelle plus ou moins douloureuse de l'arthrodèse du poignet droit. Conclure à l'absence d'une baisse de rendement revenait à faire abstraction des avis des Drs G_____ et N_____. En effet, le Dr G_____ ayant considéré que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, il aurait retenu une diminution de rendement s'il avait été forcé d'admettre une capacité de gain complète. Quant au Dr N_____, il avait relevé, dans son rapport du 7 mai 2015, que son rendement était réduit. S'agissant du taux d'abattement, l'intimé ne pouvait être suivi, lorsqu'il retenait qu'il était encore en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. En effet, dans l'économie actuelle, un homme de 59 ans, souffrant de nombreuses limitations fonctionnelles douloureuses et dont la capacité de travail dépendait des possibilités de son employeur de modifier son cahier des charges, ne pouvait pas convaincre un employeur de l'engager, pour une période d'ores et déjà limitée dans le temps. 42.

Dans sa duplique du 28 novembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, indiquant pour le surplus que la réplique du recourant n'appelait aucune nouvelle observation de sa part. 43. Le 23 janvier 2017, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle. Le recourant a déclaré être toujours en arrêt de travail à 100%. Il avait été opéré du poignet le 8 novembre 2016, en raison de l'arthrodèse radio-carpienne, et devait débiter l'ergothérapie le 24 janvier 2017. Cette intervention n'avait pas été différée. Il en avait subi déjà trois du même type : la première fois pour le retrait du matériel d'ostéosynthèse qui avait été mal posé au Portugal, la seconde pour replacer ledit matériel correctement et la troisième pour le retirer. La quatrième opération était intervenue, car il n'avait plus de circulation sanguine à la hauteur du pouce et de l'index, ce qui provoquait un phénomène de « doigts gelés ». A priori, il s'agissait de la dernière intervention envisagée. Il avait encore un problème par rapport aux côtes flottantes qui avaient été enfoncées lors de l'accident, mais rien n'était prévu pour l'instant. Il ressentait de l'inconfort. Lorsqu'il restait assis trop longtemps, il était obligé de se lever. Lorsqu'il dormait sur le côté droit, l'inconfort pouvait le réveiller. Lorsqu'il mangeait ou buvait un peu plus que d'habitude, cet inconfort était également ressenti. Sa situation était aujourd'hui stabilisée. Il allait encore être suivi par le Dr G_____, suite à l'opération du 8 novembre 2016, jusqu'à la fin de l'année 2017. Une procédure était également pendante s'agissant du volet de l'assurance-accidents. Une décision avait été rendue et il s'y était opposé. L'assurance-accidents lui avait annoncé la reprise du versement des indemnités journalières, car elle souhaitait demander un complément d'expertise au Dr O_____. Sur le plan de sa formation, il avait suivi l'école obligatoire et une école de commerce au Portugal, mais sans obtenir de diplôme. Il s'était formé « sur le tas » avec les années. Avant son accident, il était employé des services généraux de la banque, ce qui signifiait « homme à tout faire ». Cela pouvait consister en un travail comparable à celui d'un huissier, mais pas seulement. Il avait été caissier pendant un certain temps. Au cours de sa carrière, il s'était formé dans l'hôtellerie (plongeur, portier d'étage, conciergerie, etc.), dans la banque (dernier emploi) et dans le commerce de pièces détachées pour véhicules industriels. A l'appui de ses déclarations, le recourant a déposé le courrier de l'assurance-accidents du 8 décembre 2016, dont il avait parlé lors de l'audience. Cette dernière indiquait reprendre le versement des indemnités journalières avec effet au 8 novembre 2016. Les éventuelles factures en lien avec l'intervention chirurgicale pouvaient lui être adressées. A l'issue de sa convalescence, un complément d'expertise serait réalisé auprès du Dr O_____.

part, l'intimé a indiqué ne pas avoir été mis au courant de l'intervention chirurgicale du 8 novembre 2016. Son service de réadaptation avait considéré que les mesures de réadaptation n'étaient pas justifiées dans la mesure où le recourant était en pré-retraite. Dans un complément d'information, ledit service avait précisé que des mesures de réadaptation n'étaient pas utiles, le recourant pouvant être employé en qualité d'huissier ou de caissier, par exemple. Sur ce dernier point, le recourant a relevé avoir contesté cette appréciation, le Dr O_____ ayant considéré que ces activités n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. 44. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.!

[endif]>!

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

[endif]>!

[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

[endif]>!

[if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

[endif]>!

[if> 4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, en particulier sur la question de son droit à la rente pour les périodes du 1^{er} avril au 31 décembre 2014, puis dès le 1^{er} août 2015.!

[endif]>!

[if> 5. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).!

[endif]>!

[if> b. 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 (ATF 134 V 131 consid. 3; 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RS 831.201 ; RAI]) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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).!

9. a. En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est nulle du 5 octobre 2013 au 12 janvier 2014, de 100% du 13 janvier au 13 octobre 2014, nulle du 14 octobre 2014 au 24 mai 2015, puis à nouveau de 100% dès le 25 mai 2015. Pour parvenir à ces conclusions, l'intimé se fonde principalement sur l'avis du 24 août 2015 du SMR (Dresse P_____) et sur l'expertise du 3 juin 2015 du Dr O_____.! Quant au recourant, il conteste disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles durant les périodes du 13 janvier au 14 octobre 2014, puis dès le 25 mai 2015. Il soutient que son incapacité de travail est totale dans toute activité, à tout le moins que sa capacité de travail dans une activité adaptée est partielle, compte tenu de son parcours professionnel et des limitations fonctionnelles retenues par le Dr O_____. Le recourant se fonde principalement sur les rapports et certificats des Drs G_____ et N_____, ainsi que sur les conclusions relatives aux limitations fonctionnelles du Dr O_____. b. En ce qui concerne la période du 13 janvier au 13 octobre 2014, il apparaît que la décision de l'intimé repose sur l'avis du 24 août 2015 du SMR. Dans cet avis, la Dresse P_____ considère qu'en vertu du rapport du 3 février 2014 du Dr G_____ attestant d'une capacité de travail de 100% après ré-opération du poignet droit en octobre 2013 et du courrier du 21 janvier 2014 du Pr K_____ attestant d'une récupération partielle des amplitudes articulaires de l'épaule droite, l'état de santé du recourant s'est amélioré de sorte que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est de 100%. Comme le relève le recourant, il semble, selon le principe de la vraisemblance prépondérante, que le rapport du 3 février 2014 du Dr G_____ soit entaché d'une erreur, en tant qu'il retient une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle. En effet, une telle conclusion entre en contradiction avec les incapacités de travail retenue par ce même médecin dans tous les autres rapports et certificats médicaux établis avant et après le rapport du 3 février 2014. De plus, cette conclusion va à l'encontre de l'avis de la quasi-totalité des médecins et experts ayant eu à connaître du cas, puisqu'elle retient une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle. Or, au vu des autres rapports médicaux, des limitations fonctionnelles de l'intéressé et de la position commune des parties sur la question, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est nulle. On relèvera encore que même si par impossible il fallait nier l'erreur commise par le Dr G_____ dans son rapport du 3 février 2014, le simple fait que ce médecin retienne une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, sans fournir la moindre motivation, ne saurait suffire pour permettre à l'intimé

de considérer que l'état de santé du recourant s'est amélioré au point que cela puisse modifier son droit à la rente. Pour que le droit à la rente du recourant puisse être réduit, un changement notable des circonstances doit s'être produit. Or, compte tenu des éléments figurant au dossier, la comparaison des faits avant et après le 13 janvier 2014 ne montre pas une amélioration suffisante de l'état de santé du recourant pour permettre à l'intimé de réduire sa rente d'invalidité. A cet égard, le courrier du 21 janvier 2014 du Pr K_____ ne saurait suffire à démontrer une modification de l'état de santé susceptible d'améliorer la capacité de travail du recourant. Quant aux autres documents médicaux figurant au dossier, tels que les certificats médicaux émis par plusieurs médecins traitants, ils tendent plutôt à démontrer un statu quo qu'une amélioration de l'état de santé. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré entre le 13 janvier et le 13 octobre 2014 et a réduit le droit à la rente de l'intéressé à un quart de rente pour période du 1^{er} avril au 31 décembre 2014. Dans la mesure où l'intimé reconnaît le droit au recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2013, ce droit doit être maintenu durant la période litigieuse, soit du 1^{er} avril au 31 décembre 2014. Sur ce point, la décision entreprise devra être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision. c. S'agissant de la période débutant le 25 mai 2015, la décision entreprise se fonde sur l'avis du 24 août 2015 du SMR, lequel reprend les conclusions de l'expertise du 3 juin 2015 du Dr O_____. Ladite expertise repose sur un examen clinique du recourant du 22 mai 2015 et l'analyse de son dossier. L'expert a rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse de l'intéressé, relayé les plaintes de ce dernier et fait état de ses constatations objectives. Les diagnostics retenus sont clairs et leurs conséquences sur la capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante. L'expert a tenu compte des plaintes du recourant, ainsi que des rapports de ses médecins traitants, lesquels ont été brièvement résumés et intégrés au rapport d'expertise. Dès lors, force est de constater que cette expertise répond à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. A la lecture des écritures du recourant, il apparaît que ce dernier ne conteste pas formellement la valeur probante de l'expertise du Dr O_____, mais reproche à l'expert, au SMR et à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, malgré ses limitations fonctionnelles et son âge. Un tel raisonnement ne saurait être suivi. Le fait est que l'expertise du Dr O_____ a une pleine valeur probante et que cet expert conclut à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte qu'il tient compte desdites limitations. En validant les conclusions de l'expert s'agissant des limitations fonctionnelles tout en s'écartant des conclusions du même expert concernant sa capacité de travail, le recourant adopte une argumentation contradictoire et dénuée de pertinence. Le fait que l'expert retienne des limitations fonctionnelles définitives ne signifie pas pour autant que la capacité de travail du recourant soit limitée dans toute activité. Au contraire, l'expert a défini une liste d'activités professionnelles compatibles avec l'état de santé du recourant et qui lui permettraient de travailler à 100%. En réalité, l'intéressé se contente de substituer sa propre appréciation à celle du Dr O_____, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter des conclusions de ce dernier. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction

(arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Dès lors, compte tenu des conclusions du Dr O _____, l'intimé était légitimé à retenir que l'état de santé du recourant s'est amélioré à compter du mois de mai 2015 et qu'il présentait dès cette date une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. d. Le recourant fait également grief à l'intimé de ne pas avoir traité la question de sa baisse de rendement potentielle dans l'exercice d'une activité adaptée. Selon lui, ses limitations fonctionnelles et douleurs au niveau de l'épaule et du poignet droit impliquent nécessairement une diminution de rendement, celui-ci ne pouvant être supérieur à 80%. Il soutient encore que si le Dr O _____ ne retient pas une baisse de rendement, il ne l'exclut pas non plus. Sur ce point, l'argumentation du recourant n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. En effet, aucun document médical figurant au dossier ne retient une diminution de rendement chiffrée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Seul le Dr N _____, dans son rapport du 12 juin 2015 retient une diminution de rendement. Toutefois, celle-ci concerne l'activité habituelle, n'est pas chiffrée et ne fait l'objet d'aucune motivation, de sorte que le rapport en question ne permet pas de conclure à l'existence d'une diminution de rendement dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Quant à l'argument selon lequel le Dr O _____ n'aurait pas exclu une diminution de rendement, il n'est d'aucun secours au recourant. Une fois encore, le recourant substitue sa propre appréciation à celle de l'expert. Aucun élément de l'expertise ne permet de déduire une baisse de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée. Au contraire, la clarté de la motivation du Dr O _____ ne laisse planer aucun doute quant à la pleine capacité du recourant d'exercer une activité adaptée à 100%, étant précisé que les restrictions posées par l'expert pour l'exercice d'une activité adaptée visent précisément à permettre au recourant de travailler à temps plein sans souffrance ni limitation. e. Au vu de ce qui précède, il apparaît que le recourant a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité du 1^{er} octobre 2012 à fin mai 2015. Dès l'examen clinique du Dr O _____ en mai 2015, son état de santé s'est notablement amélioré, lui permettant d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100%, sans diminution de rendement. 10. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). ![/endif]>![if> 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). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait

été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). A teneur de l'art. 25 al 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPG le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a), des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie, parce que sa capacité de travail limitée ne le lui permet pas (let. b) et des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. c). Cette disposition n'exige toutefois pas une équivalence absolue entre les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité et ceux qui sont soumis aux cotisations AVS mais bien plutôt une mise en parallèle des revenus hypothétiques servant à la comparaison et de ceux sur lesquels les cotisations AVS doivent être payées. Cela signifie que pour l'évaluation de l'invalidité, seuls entrent en principe en ligne de compte les revenus tirés de l'exercice d'une activité lucrative pour lequel l'assuré devrait s'acquitter de cotisation à l'AVS. L'étendue des revenus à comparer se détermine dès lors en prenant en considération l'ensemble de l'activité définie par les art. 5 à 9 LAVS (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse, survivants et de l'assurance-invalidité - Commentaire thématique, 2011, n° 2065, p. 548). S'agissant des cotisations sur les revenus provenant d'une activité dépendante, l'art. 5 al. 2 LAVS prévoit que le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail. c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non

qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 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 (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée

que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). 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 du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). f. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5). Suivant la jurisprudence précitée, datant de 2012, pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPG), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux

constatations de fait relatives à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.2). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). g. 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).

11. a. En l'espèce, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Il lui fait grief d'avoir retenu un abattement de 15%, alors que, compte tenu de sa mobilité fortement réduite, de l'usage restreint de ses membres supérieurs et de son âge, le taux d'abattement aurait dû être fixé à 25%. Il lui reproche également d'avoir pris en compte un revenu sans invalidité de CHF 96'828.- en 2012, alors que son salaire annuel s'élevait à CHF 100'868.- en 2011, bonus inclus.!

b. S'agissant de l'abattement, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte du fait que seule une activité légère était possible, de ses années de service pour le compte de son employeur et de son âge. En effet, le recourant, âgé de 59 ans en mai 2015, soit au moment où le Dr O_____ a constaté qu'il était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, a travaillé de janvier 2000 à janvier 2014 pour le compte de son employeur. Selon le Dr O_____ et la Dresse P_____, il présente des limitations fonctionnelles l'empêchant de faire des mouvements répétitifs du bras droit ou du poignet, de travailler au-dessus de l'horizontale, de faire de la manutention lourde ou de porter des charges autre que légères occasionnelles, de faire des mouvements répétitifs du poignet et de travailler à genoux ou accroupi. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé a donc déjà pris en compte ses limitations fonctionnelles et son âge pour fixer le taux d'abattement à 15%. En particulier,

en ce qui concerne l'âge, force est de constater que si le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle, celle-ci était composée de plusieurs activités, dont certaines sont compatibles avec ses limitations fonctionnelles et constituent des activités professionnelles à part entière. Comme l'a retenu l'intimé, le recourant serait ainsi en mesure d'exercer la profession d'huissier, de caissier ou d'employé de scannage, par exemple, métiers pour lesquels il dispose des connaissances, des compétences et de l'expérience nécessaires, sans qu'une formation ou une orientation professionnelle ne soit nécessaire. Par conséquent, il apparaît que l'intimé, en fixant le taux d'abattement à 15%, n'a pas excédé son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans ne peut que valider le taux retenu. c. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, rappelons qu'il doit être déterminé de la manière la plus concrète possible. En l'occurrence, force est de constater qu'avant son accident en 2012, le recourant percevait, en sus de son salaire, une indemnité repas de CHF 2'640.- par année, ainsi qu'un bonus, à tout le moins pour les années 2009 à 2011, soit pendant trois ans. Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'indemnité repas doit être prise en compte dans le revenu sans invalidité, dans la mesure où il est soumis aux cotisations AVS, tel que cela ressort des fiches de salaire du recourant. Il en va de même pour le bonus, point sur lequel l'intimé n'a formulé aucune observation, dans la mesure où il est lui aussi soumis aux cotisations AVS et où il est versé chaque année, à tout le moins entre 2009 et 2011. Dans son calcul du degré d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu annoncé par l'employeur pour l'année 2012. Or, il ressort des annexes du formulaire du 28 janvier 2013 rempli par ce dernier que le bonus était versé chaque année au mois de février, de sorte le montant du bonus n'était pas encore connu à cette époque. En outre, le recourant ayant été victime d'un accident le 5 octobre 2012 et en arrêt de travail à 100% jusqu'à la fin de l'année 2012 et au-delà, il est vraisemblable que son employeur ne lui ait pas versé son bonus pour l'exercice 2012. Dès lors, compte tenu des zones d'ombres relatives à la rémunération du recourant en 2012, l'intimé aurait dû se fonder sur le revenu perçu par l'intéressé en 2011, soit la dernière année durant laquelle le recourant a travaillé sans interruption. En 2011, il ressort de son extrait de compte individuel que son revenu annuel était de CHF 100'868.-. Par ailleurs, dans la mesure où le droit à la rente se modifie dans le courant de l'année 2015 (cf. infra consid. 13), il convient d'adapter le revenu statistique retenu pour déterminer le revenu avec invalidité en se fondant sur l'ESS 2014, soit la dernière enquête publiée avant la modification du droit à la rente. d. Compte tenu de ces éléments, le calcul du degré d'invalidité doit être adapté comme suit : En 2011, le revenu sans invalidité du recourant était de CHF 100'868.-. Réactualisé pour 2015 selon l'Indice suisse des salaires (ci-après : ISS), le revenu sans invalidité correspond à CHF 103'423.40. Pour le revenu avec invalidité, le Dr O_____ ayant retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il y a lieu de se fonder sur le tableau TA1, ligne « total » de l'ESS 2014, indiquant qu'un homme travaillant dans une activité simple et répétitive (niveau 1) peut réaliser un revenu de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- par année. Ce revenu doit être adapté à CHF 66'632.70, afin de tenir compte de la durée normale de travail dans les entreprises en 2015, soit 41.7 heures, et de l'ISS pour 2015. En appliquant à ce montant l'abattement de 15% retenu précédemment, le revenu avec invalidité est ramené à CHF 56'485.65. Par conséquent, à compter du moment de l'amélioration de son état de santé en mai 2015, le degré d'invalidité du recourant se monte à 45.38%, arrondi à 45%. 12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de

travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b. Aux termes de l'art. 88 a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. c. Aux termes de l'art. 88 a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir 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. d. Selon 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 13. En l'occurrence, il ressort des considérants qui précèdent que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité dès son accident le 5 octobre 2012, durant le délai d'attente d'une année échu le 5 octobre 2013, jusqu'en mai 2015. A compter du mois de mai 2015, date qui correspond à l'examen clinique du Dr O_____, son état de santé s'est amélioré de manière durable et significative, son degré d'invalidité passant de 100% à 45%. Ainsi, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013, soit à l'issue du délai d'attente. Ce droit à la rente est maintenu jusqu'à trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 31 août 2015, et non le 31 juillet 2015, comme l'a retenu l'intimé. Dès le 1^{er} septembre 2015, le recourant a droit à une quart de rente d'invalidité, basé sur un degré d'invalidité de 45%. S'agissant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur gauche du 26 novembre 2015, elle est antérieure à la décision querellée, de sorte qu'elle fait partie de l'objet du litige. Il ressort des rapports du Dr E_____ que cette intervention s'est bien passée et qu'elle a nécessité un arrêt de travail d'une dizaine de jours. Selon le Dr N_____ et les indications du recourant dans le cadre de son recours, l'intéressé a été totalement incapable de travailler entre le 26 novembre 2015 et le 13 janvier 2016. La question de savoir s'il convient de prendre en considération les conclusions du Dr E_____, ou celles du Dr N_____ peut rester ouverte, dans la mesure ces arrêts de travail à 100%, respectivement d'une dizaine de jours et de moins de deux mois, sont inférieurs à trois mois, de sorte que l'aggravation de l'état de santé du recourant induite par l'opération du 26 novembre 2015 n'est pas suffisamment longue pour modifier son droit aux prestations. Quant à l'intervention chirurgicale au niveau du poignet droit subie par le recourant le 8 novembre 2016, elle intervient plusieurs mois après que la décision entreprise a été rendue par l'intimé. Elle excède par conséquent l'objet du litige. Il appartiendra au recourant d'en informer l'intimé et de lui transmettre toutes les informations utiles, s'il l'estime nécessaire et s'il considère que cette intervention a engendré une aggravation de son état de santé.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 18 juillet 2016 sera annulée en tant qu'elle octroie au recourant un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2014 et dès le 1^{er} août 2015, et la cause sera renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.