

GE_GERICHTE ATAS/727/2010 vom 1. Juli 2010

GE Cour de justice, 2010-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_727_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/727/2010 du 1 juillet 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/727/2010 del 1 luglio 2010

Erwägungen

E. 10

Le 29 octobre 2006, le recourant forma opposition à ce projet de décision, sollicitant que sa nouvelle demande soit instruite, notamment au moyen d'une expertise médicale permettant d'évaluer son état de santé ainsi que sa capacité de travail actuelle. Il demandait également l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

E. 11

Par décision du 1er décembre 2006, l'OAI confirma son refus d'entrer en matière.

E. 12

Le recourant porta l'affaire auprès du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales le 18 janvier 2007. Ledit Tribunal entendit, en date du 26 juin 2007, les Dr L_____ et S_____. Le Dr L_____, médecin traitant, indiqua que le recourant souffrait d'une arthrose sévère depuis longtemps, soit environ dix à quinze ans, étant précisé qu'il en était déjà fait mention dans un rapport opératoire du 16 mars 1992. Ladite arthrose s'aggravait cliniquement et radiologiquement, le Dr L_____ qualifiant les radiographies de « effroyables » pour une personne de l'âge du recourant. La fréquence des consultations avait augmenté et le recourant se plaignait d'une augmentation des douleurs. Aucun autre traitement que la prothèse n'existait, mais il y avait été renoncé en raison de l'âge du recourant. Pour le Dr L_____, le recourant était en incapacité de travail complète depuis son accident quelque soit l'activité envisagée. Il était confirmé que le recourant présentait une gonarthrose des trois compartiments, plus particulièrement du compartiment interne, de sorte qu'il n'y avait vraisemblablement plus de cartilage. Il confirmait que l'interligne se rétrécissait d'année en année le pincement étant déjà important avant l'année 2000. Pour le surplus, le port de béquilles n'était pas utile et n'aurait aucune influence sur la capacité de travail et le recourant se plaignait depuis une année environ de douleurs au genou gauche provenant vraisemblablement du fait qu'il devait s'appuyer davantage sur la jambe gauche. Un diagnostic d'hernie discale avait été posé en 2005. Le fait que le recourant marche difficilement et était déséquilibré contribuait à causer les lombalgies. L'ensemble participait à son incapacité de travail. Le fait que l'instabilité du genou ne figure pas au dossier ne devait pas être considéré comme une amélioration mais

A/4363/2008 - 7/21 - comme une péjoration en raison du fait que c'est l'arthrose qui supprimait progressivement l'instabilité. Le Dr S_____ confirma que l'arthroplastie était le seul traitement possible mais que ce type d'intervention n'était pas pratiqué avant l'âge de 50 ans en principe. Le recourant avait encore une mobilité du genou, même si elle était réduite. Il pouvait plier son genou à plus de 90 degrés. Il fallait par ailleurs prendre en compte le critère des douleurs. Le Dr S_____ était très

pessimiste quant à une réinsertion professionnelle en raison du fait qu'après 20 ans d'invalidité un processus d'invalidation se met en place. Les douleurs de l'assuré étaient directement en lien avec l'état radiologique et s'aggravaient parallèlement à l'aggravation de l'arthrose. Ladite aggravation était survenue depuis 2000. De manière générale une arthrose évoluait lentement jusqu'au moment où les surfaces articulaires s'usaient et dès ce moment l'évolution était plus rapide. Les limitations fonctionnelles décrites dans son courrier du 28 septembre 2006 étaient confirmées et il fût ajouté que le recourant ne pouvait porter de charges au-delà de 10 kilos. Il fût confirmé que le diagnostic et les conclusions se fondaient sur les radiographies et que l'assuré ménageait inconsciemment le genou droit pour surcharger le genou gauche. A l'issue de l'audience de comparution personnelle des parties du même jour, lors de laquelle le recourant sollicita une expertise orthopédique et/ou un COPAI, un délai fût octroyé à l'OAI pour se déterminer à ce sujet.

E. 13

Dans un avis médical du 26 juillet 2007, la Dresse T_____ du Service médical régional de l'AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) considéra qu'une expertise orthopédique devait effectivement être organisée pour déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Selon elle, il serait également souhaitable d'avoir un rapport médical d'un psychiatre traitant afin d'évaluer la capacité de travail exigible de manière globale et le cas échéant d'organiser une expertise pluridisciplinaire.

E. 14

Par courrier du 20 août 2007, l'OAI fit alors au Tribunal cantonal des assurances sociales que l'entrée en matière se justifiait en l'espèce, de sorte qu'il concluait à l'admission du recours et au renvoi du dossier à l'administration afin qu'il soit procédé à l'instruction de la demande de révision introduite en octobre 2006.

E. 15

C'est ainsi que par arrêt du 4 septembre 2007, ledit Tribunal admis le recours et renvoya la cause à l'OAI afin qu'il soit entré en matière sur la demande de révision du 9 octobre 2006.

E. 16

Sur demande de l'OAI, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin traitant du recourant indiqua que sur le plan psychiatrique, en accord avec les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr

A/4363/2008 - 8/21 - SAVARY du 15 juillet 1999, aucun trouble caractérisé selon l'ICD 10 (CIM-10) n'était constaté.

E. 17

Conformément à un avis de la Dresse T_____ du 28 février 2008, une expertise rhumatologique auprès du Dr V_____, rhumatologue FMH, fût mise sur pied.

E. 18

Par courrier du 18 mars 2008, le recourant protesta auprès de l'OAI en faisant savoir que le Dr V_____ était rhumatologue et que ses problèmes de santé étaient d'ordre orthopédique. Il était ainsi demandé qu'une expertise médicale soit confiée à un chirurgien orthopédique plutôt qu'à un rhumatologue et proposa deux noms de spécialistes susceptibles de fonctionner comme expert.

E. 19

Dans un courriel adressé à l'OAI le 27 mars 2008, la Dresse T _____ expliqua que le recourant ne présentait pas qu'un problème de gonarthrose, mais que la gonarthrose avait entraîné un déconditionnement global et des lombalgies qui devaient être appréciées sur le plan ostéo-articulaire global. Un orthopédiste était un chirurgien alors qu'un rhumatologue était un médecin spécialisé dans les troubles ostéo-articulaires. Cette réponse fût communiquée au recourant le 28 mars 2008. Le 14 avril 2008, un ultime délai au 28 avril 2008 lui fut octroyé pour prendre contact avec l'expert, faute de quoi il serait statué en l'état du dossier.

E. 20

Par pli du 14 avril 2008, le recourant fit savoir qu'il se soumettrait à l'expertise rhumatologique afin de ne pas prolonger la procédure, mais requis que l'expertise soit complétée par l'avis d'un chirurgien orthopédique.

E. 21

Selon le rapport d'expertise du Dr V _____ du 23 mai 2008, ce dernier s'est basé sur le dossier AI, le dossier radiologique et un examen clinique qui a eu lieu le 15 mai 2008. Le Dr V _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgie droit récurrente (gonarthrose tri-compartimentale après dominance interne, probable syndrome fémoro-patélaire, status post-entorse grave du genou post-traumatique en 1984, status post-méniscectomie et plastie du LCA et LLE en 1985, status post-AMO et reprise de la plastie du LCA et LLE en 1987, status post-ostéotomie tibiale de valgisation en 1988, status post-arthroscopie de débridement en 1989, status post-surinfection à staphylocoques dorés d'un hématome en 1989, status post-seconde ostéotomie tibiale de valgisation en 1992, status post-arthroscopie et débridement sur gonarthrose en 1995, status absence d'amyotrophie du membre inférieur droit significative) et lombopygialgies récurrente sans signe radiculaire irritatif déficitaire (minime discopathie L5-S1, status post-hernie discale L4-L5 sans conflit radiculaire en 2005). Le Dr V _____ a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la

A/4363/2008 - 9/21 - capacité de travail suivant : syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent, diminution du seuil de déclenchement à la douleur ; surcharge pondérale ; cervico- brachialgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires ; et syndrome anxieux traité depuis 2007. Le Dr V _____ relevait que le bilan radiologique confirmait la présence d'une gonarthrose tricompartmentale à prédominance interne avec, à son avis, une péjoration de la situation entre 1991 et 2000 mais une péjoration peu significative entre 2004 et 2008. Les limitations fonctionnelles nécessitaient l'alternance des positions debout et assise, la limitation des déplacements à plat ou en plan incliné à 15 minutes, la limitation du port de charge à 10 kilos. Les mouvements de genuflexion, les mouvements répétés en porte-à-faux ou en antéversion n'étaient pas exigibles. Il en découlait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais une capacité de travail d'environ 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, voire de 60 à 70% après trois mois, une fois la prise en charge physio thérapeutique réintroduite. Malgré l'avis des Dr L _____ et S _____, une capacité de travail pouvait être retenue compte tenu du fait que le recourant ne présentait pas d'amyotrophie de la cuisse ou de la jambe, que les genuflexions s'effectuaient à 95 degrés, que l'amplitude articulaire était seulement limitée à 95-5-0

degrés et que la marche s'effectuait avec une légère boiterie mais sans canne, les positions assises pouvant être maintenues plus de 2 heures. Des activités d'accueil, dans le domaine de la sécurité, de magasinier d'objet léger, ou de vente d'objet léger ou de nourriture légère constituait des activités adaptées aux limitations fonctionnelles. Enfin, selon lui, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être recouvrée après qu'une arthroplastie ou une arthrodèse ait été effectuée.

E. 22

Dans un avis médical du 23 juin 2008, la Dresse T _____ du SMR, suite à l'expertise du Dr V _____ considéra qu'un nouveau rapport médical complet devait être demandé au Dr L _____, puisque la situation médicale du genou droit n'était pas stabilisée. Il convenait par ailleurs de demander à l'assuré s'il était suivi sur le plan psychiatrique puisque la problématique douloureuse retenue comme syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent était associée à un syndrome anxieux traité depuis 2007.

E. 23

Dans un avis du 11 juillet 2008, le Dr L _____ expliqua que les termes retenus par l'expert de « gonalgies récurrentes droites » n'étaient pas exacts et qu'il s'agissait plutôt d'une très importante et invalidante pangonarthrose du genou droit après rupture des ligaments croisés et ancienne instabilité, et qu'il y avait eu aussi infection de ce genou après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le

A/4363/2008 - 10/21 - recourant présentait des douleurs de la hanche et des calcifications autour de l'orifice où fût implanté le clou qui avait été enlevé deux ans plus tard. Le recourant présentait encore des lombalgies secondaires à la marche handicapante à cause du genou et d'une hernie discale. Enfin, le recourant présentait des douleurs du genou gauche par surcharge en raison de l'état du genou droit. Selon lui, le traitement consisterait soit à implanter une prothèse du genou, en ayant pris soin d'exclure toute trace résiduelle de l'infection préalable, soit à réaliser une arthrodèse du genou, étant précisé que ces traitements ne visent pas à améliorer l'état de santé du patient et que la reprise d'une activité professionnelle n'en est pas le but. Une reprise de travail à trois mois après une prothèse ou une arthrodèse serait de l'utopie pure et simple. Le recourant devrait avoir droit selon lui à une rente AI à 70%.

E. 24

Par projet de décision du 15 septembre 2008, l'OAI, se fondant principalement sur l'avis du Dr V _____, confirma le taux d'invalidité de 36% retenu par le Tribunal fédéral et rejeta la demande du recourant.

E. 25

Celui-ci s'opposa à ce projet de décision le 16 octobre 2008, demandant une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et subsidiairement à ce qu'une expertise soit effectuée par un spécialiste en orthopédie. Il relevait qu'au contraire du Dr V _____, les Dr S _____, N _____ et L _____ sont chirurgiens orthopédiques, de sorte que leur avis devait prévaloir. L'expertise du Dr V _____ était par ailleurs critiquée et il était relevé qu'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée devait aboutir à un taux d'invalidité supérieur à 36%.

E. 26

Par décision du 31 octobre 2008, l'OAI confirma son projet de décision et rejeta la demande du recourant.

E. 27

Dans un certificat médical du 4 novembre 2008, le Dr N_____ indiqua qu'il était illusoire d'envisager que celui-ci puisse reprendre une activité professionnelle abandonnée depuis son accident de 1984 suite à une arthroplastie totale du genou ou à une arthrodèse. Une telle intervention viserait essentiellement à supprimer le syndrome douloureux. Le Dr N_____ indiquait par ailleurs que l'état du genou droit du recourant s'était aggravé régulièrement pendant les 22 années durant lesquelles il l'avait suivi.

E. 28

Le recourant, par acte adressé par pli postal du 3 décembre 2008 au Tribunal cantonal des assurances sociales, et reçu par le greffe le 4 décembre 2008 contesta la décision de l'OAI du 31 octobre 2008, concluant préalablement à l'audition des Dr L_____, N_____ et V_____ et principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente invalidité sous suite

A/4363/2008 - 11/21 - de dépens, et subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise médicale à confier à un chirurgien orthopédiste. En premier lieu, le recourant faisait valoir qu'il y avait lieu de prendre comme point de départ pour examiner une modification de l'état de santé ou de la capacité de gain non pas le mois d'avril 2005 correspondant à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales qui avait été annulé par le Tribunal Fédéral des assurances mais le mois d'août 2003 correspondant à la date de la décision de l'OAI y relative, la situation ultérieure n'ayant pas été examinée. Par ailleurs, l'OAI n'aurait pas examiné les maux de nature orthopédique en mettant sur pied une expertise rhumatologique, de sorte qu'une partie seulement des maux dont il souffrait avait été prise en compte. Enfin, l'avis du Dr V_____ était critiqué.

E. 29

Le 15 janvier 2009, l'OAI répondit au recours concluant à son rejet, se référant aux pièces de son dossier ainsi qu'aux considérations figurant dans sa décision du 31 octobre 2008. Se fondant sur l'avis du Dr V_____, il constatait que l'état de santé était pour l'essentiel resté le même, ce qui avait été confirmé par les radiographies récentes, raison pour laquelle c'était à bon droit qu'il avait refusé les prestations de l'assurance invalidité.

E. 30

Par ordonnance du 26 mars 2009 le Tribunal ordonna la comparution des parties et l'audition du Dr V_____.

E. 31

Le Dr V_____ fut entendu le 28 mai 2009. Il confirma le contenu de son rapport et expliqua que la rhumatologie et l'orthopédie étaient deux disciplines complémentaires de la médecine. Du point de vue du diagnostic, il était indifférent de s'adresser à l'un ou l'autre spécialiste. Il avait reçu une formation en orthopédie dans le cadre de sa spécialisation en rhumatologie. Il se confirma apte à se prononcer dans le cadre d'une expertise dite orthopédique. Le Dr V_____ a indiqué ne pas diverger des Drs L_____ et W_____ quant au diagnostic et à l'aggravation de l'état de santé par une stabilisation avec aggravation de l'arthrose. Selon lui, la capacité de travail était nulle

comme aide de cuisine. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il relevait que les Drs L _____, N _____ et S _____ se prononçaient peu. Sa propre appréciation était conforme aux avis des médecins s'étant prononcés en 1990, 1994 et 2002. Il parvenait à une capacité de travail de 50 %, voire plus, en tenant compte de l'avis desdits médecins, lesquels parvenaient à une capacité de travail de 70 %. La pose d'une prothèse permettrait d'améliorer encore cette capacité. Bien qu'il s'agisse d'une opération courante qui ne semblait présenter aucun risque, seuls les orthopédistes étaient en mesure de poser une indication

A/4363/2008 - 12/21 - opératoire, d'autant que le recourant avait fait par le passé une infection aux staphylocoques dorés. Son appréciation de la capacité de travail tenait compte de facteurs psychosociaux et professionnels, à savoir plus particulièrement de l'âge du recourant et d'un arrêt de travail prolongé depuis 1983. Cet avis tenait également compte des affections cervico-brachiales et lombaires. La diminution de rendement avait été intégrée dans son estimation de la capacité travail. À propos de l'avis du Dr L _____ du 11 juillet 2008, il précisa que la gonalgie n'était pas un diagnostic mais un symptôme qui ne parlait pas forcément en faveur d'une gonarthrose. Son rapport indiquait que le recourant souffrait d'une pangonarthrose importante. Or, le terme « pangonarthrose » était un synonyme des termes « gonarthrose tricompartmentale ». La pangonarthrose n'était pas invalidante car le recourant ne boitait pas, ne faisait pas usage de cannes, avait pu rester assis pendant deux heures lors de l'examen, et il n'y avait pas d'amyotrophie. S'il n'était pas procédé à une arthroplastie ou une arthrodèse, la capacité de travail resterait limitée à 50 %. Selon son expérience, le temps d'adaptation après une telle opération était de trois mois avant que le recourant puisse recouvrer sa pleine capacité de travail. Par ailleurs, le recourant n'avait pas bénéficié de tous les traitements, lesquels, s'ils étaient suivis, permettraient d'augmenter la capacité de travail de 10 à 20 % dans un délai de trois mois. Il était exact qu'une intervention aurait pour but essentiel de supprimer les douleurs. Toutefois, en cas de suppression des douleurs, rien n'empêcherait plus la reprise du travail. Enfin, le Dr V _____ a indiqué avoir constaté une certaine discordance entre les plaintes du recourant, l'examen clinique et les symptômes. Il y avait une diminution du seuil de la douleur. Cela devait conduire à pondérer les plaintes du recourant, la douleur étant une notion subjective.

E. 32

Les parties furent entendues le même jour. La représentante de l'OAI indiqua qu'il avait été considéré qu'il n'y avait pas eu de changement notable de la situation depuis l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 août 2006 qui retenait un pourcentage de 60 % de capacité de travail, alors que le Dr V _____ mentionnait un pourcentage de 50 %, voire 60 à 70 % après trois mois. Le recourant sollicita une expertise orthopédique. Il expliqua qu'il consultait le Prof. N _____ une fois par année, que le Dr L _____ était son médecin traitant, qu'il était chirurgien orthopédique, et que le Dr S _____ n'avait été consulté qu'à une reprise pour un avis extérieur. L'audition du Prof. N _____ fut alors ordonnée.

A/4363/2008 - 13/21 -

E. 33

Ce dernier fut entendu le 3 septembre 2009. Selon lui, la rhumatologie et l'orthopédie ne sont pas la même spécialisation, y compris sur le plan du diagnostic. Un rhumatologue

intervient sur des maladies inflammatoires ou dégénératives, qui touchent l'appareil moteur, alors qu'un chirurgien orthopédique intervient de manière chirurgicale, souvent après un accident, ou suite à une maladie dégénérative. S'agissant du recourant, une arthroplastie était indiquée, mais il fallait tenir compte de la gestion de la douleur, des difficultés fonctionnelles, ainsi que de son âge. Sur le plan des douleurs, la situation du recourant s'était lentement mais progressivement aggravée. Ces aggravations étaient vraiment régulières au fil des années. Spécifiquement depuis 2003, les douleurs et les limitations fonctionnelles s'étaient aggravées. La pose d'une prothèse qui fonctionne bien serait de nature à réduire les douleurs et à aider le recourant à se mouvoir plus facilement. Cela lui permettrait de recouvrer une partie de sa capacité de travail pour des travaux légers. Par contre des travaux avec port de charges ou devant s'effectuer debout étaient déconseillés suite à une arthroplastie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais il était possible d'envisager un travail à temps partiel dans une activité assise et sans port de charges. L'évaluation d'un tel taux de capacité de travail était difficile. En pratique, il faudrait augmenter ledit taux. En tout état, une capacité de travail complète trois mois après une opération paraissait illusoire. Le Prof. N._____ précisa qu'en cas d'arthrodèse, la reprise d'une activité lucrative n'était en général pas envisageable

E. 34

Une nouvelle comparution personnelle des parties eu lieu le même jour. Le recourant persista dans sa demande d'expertise orthopédique, tandis que la représentante de l'OAI considéra qu'il y avait suffisamment d'éléments au dossier. Le recourant produisit un certificat médical du Dr L._____ du 2 septembre 2009. Selon ledit certificat, il était faux de prétendre comme l'avait fait le Dr V._____ que les médecins généralistes choisissaient en général entre un rhumatologue et un orthopédiste en fonction de l'idée qu'il se faisait de la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il était relevé, à propos de l'affirmation du Dr V._____ selon laquelle la pose d'une prothèse était courante et sans risque que le rhumatologue n'assumait pas les suites d'une telle opération. La déclaration correspondante était ainsi tenue pour une ineptie grave et il n'avait pas été tenu compte de l'importance et des conséquences des complications postopératoires. Tous les orthopédistes consultés avaient opté soit pour l'abstention chirurgicale soit pour la pose d'une prothèse. La durée de trois mois après la pose d'une prothèse

A/4363/2008 - 14/21 - pour recouvrer la capacité de travail témoignait d'une méconnaissance totale des suites d'une chirurgie prothétique.

E. 35

Par ordonnance du 29 octobre 2009, le Tribunal a considéré que la situation médicale était clairement établie, car les avis médicaux ne divergeaient pas tant sur l'état de santé que sur la capacité de travail, de sorte que la demande de mise sur pied d'une expertise orthopédique fut rejetée. En revanche, le Tribunal a considéré que les appréciations des médecins n'étaient pas suffisantes pour évaluer le taux d'invalidité, de sorte qu'une observation professionnelle de type COPAI fut ordonnée et confiée aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (ci-après : EPI).

E. 36

Ainsi, le recourant a suivi un stage d'observation professionnelle de quatre semaines au sein des EPI, du 4 au 31 janvier 2010.

E. 37

Selon le rapport d'observation professionnelle du 19 février 2010, les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec un travail à plein temps dans une activité simple et répétitive à l'établi, en position principalement assise mais permettant d'alterner avec la position debout. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage du recourant étaient compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif dans le circuit économique normal. Le recourant avait des aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique dans l'entreprise. Les fluctuations du rythme de travail et des alternances observées, sans lien direct avec l'atteinte, diminuaient l'efficacité globale. Il était estimé qu'au terme d'une période de réentraînement au travail de trois à six mois, le recourant devrait atteindre un rendement exploitable d'au moins 80 %. Le rapport des EPI mentionne que le recourant a manifesté un engagement correct, cependant son attitude plaintive et démonstrative faisait obstacle à l'utilisation de ses aptitudes. Il était envisageable une activité professionnelle dans le montage sériel à l'établi, ou l'emballage et conditionnement, étant précisé qu'à la connaissance des EPI, au moins quatre entreprises genevoises avaient ce type de postes de travail. Un stage en entreprise pourrait être mis en place, mais il était tenu pour judicieux de faire une première étape dans un atelier spécifique de réentraînement au travail qui aurait l'avantage de rendre plus progressive la reprise d'activité. Ensuite, le recourant pourrait poursuivre le réentraînement en entreprise.

E. 38

Par acte du 25 mars 2010, l'OAI releva que l'expertise du Dr V_____ avait permis de démontrer que l'état de santé du recourant n'avaient pas connu de modifications notables depuis la dernière décision entrée en force, et que le stage mis en place aux EPI avait démontré que dans les faits le recourant disposait d'une capacité travail elle-même supérieure à celle précédemment retenue par le Dr V_____. Ainsi, l'OAI considérant que le degré d'invalidité était encore

A/4363/2008 - 15/21 - inférieur au 36 % retenus précédemment maintient ses conclusions tendant au rejet du recours.

E. 39

Par acte du 29 mars 2010, le recourant releva qu'alors même qu'il était attesté et reconnu que son état de santé s'était considérablement dégradé, les conclusions des EPI étaient similaires aux conclusions d'un rapport d'observation professionnelle datant de sept ans auparavant. Le recourant contestait pouvoir exercer les professions de monteur sériel à l'établi d'emballeurs et conditionneur. Il regrettait que les quatre entreprises genevoises dont il était fait mention n'aient pas été nommées. Il n'était guère possible de déterminer le taux d'invalidité en l'absence de détermination du gain potentiel qu'il pourrait réaliser. S'il s'était absenté c'était pour des raisons médicales. Enfin, seul un médecin spécialiste était apte à déterminer sa capacité travail réelle.

E. 40

La cause fut gardée à juger le 1er avril 2010 EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. 3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli postal du 3 décembre 2008, le recours contre la décision de l'OAI du vendredi 31 octobre 2008, reçue le lundi 3 novembre 2008, intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. 4. Le litige porte sur l'existence la révision de la décision de l'OAI du 2 avril 2003 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 août 2006. Il s'agit ainsi de déterminer s'il existe une modification notable du taux d'invalidité du recourant. 5. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision

A/4363/2008 - 16/21 - entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2) Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves

médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit

A/4363/2008 - 17/21 - examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant du médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références). 7. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). Il sera toutefois précisé que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont

A/4363/2008 - 18/21 - susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). 8. En l'espèce, le Tribunal rappelle qu'il convient, conformément à l'article 17 LPGA et aux principes rappelés plus haut de comparer l'état de santé au moment de la décision du 31 octobre 2008 à celui retenu par le Tribunal fédéral des assurances dans le cadre de son arrêt du 18 août 2006, dès lors que cet arrêt détermine un nouveau taux d'invalidité. a) Ledit arrêt indique s'en tenir aux conclusions du Dr R_____ du 8 janvier 2003, à savoir une capacité de travail résiduelle de 60% devant se rapprocher de la normale après un réentraînement au travail dans une activité adaptée. Finalement, le Tribunal fédéral des assurances a tenu compte pour le calcul du taux d'invalidité d'une capacité de travail de

60% et non pas de la situation après un réentraînement au travail. Il convient ainsi d'examiner si cette capacité a varié. b) Le Dr V _____, a déclaré ne pas diverger des diagnostics retenus par le Dr L _____ et le Prof. N _____. Il a également confirmé une aggravation de l'état de santé par une stabilisation avec aggravation de l'arthrose et en a tenu compte pour déterminer une capacité de travail de 50% voire plus, capacité pouvant être augmentée par la pose d'une prothèse. Le Prof. N _____ a confirmé qu'il était possible d'envisager un travail à temps partiel dans une activité assise et sans port de charge. Toutefois, l'évaluation d'un taux de capacité était difficile. En pratique, il fallait augmenter ce taux progressivement. Une capacité de travail trois mois après une opération était illusoire. Quant au Dr L _____, un examen attentif du dossier permet de constater, comme l'a relevé le Dr V _____ lors de son audition, qu'il se prononce peu au sujet de la capacité de travail. Tout au plus, peut-on tirer de son avis du 11 juillet 2008 l'impression qu'il se prononce en faveur d'une capacité de travail de 30%. Enfin, le rapport du stage d'observation professionnelle mis sur pied par le Tribunal aux EPI conclut à une capacité de travail de 80% (pleine capacité avec un rendement de 80 % au moins) après une période de réentraînement au travail. c) Il n'y a pas lieu de donner suite aux protestations du recourant quant à la spécialité du Dr V _____. En effet, d'une part, les avis médicaux sont largement concordants sous réserve de l'évaluation de la capacité de travail et de l'indication opératoire.

A/4363/2008 - 19/21 - D'autre part, il sera tenu compte de la capacité actuelle et non pas de la capacité hypothétique après une intervention chirurgicale, puisque le Dr V _____ n'est pas habilité à poser une indication opératoire et que des réserves fondées ont été formulées quant à l'exigibilité d'une intervention chirurgicale, y compris par le Dr V _____. L'avis du Dr V _____ qui est conforme aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut bénéficie ainsi d'une pleine valeur probante. En revanche, une moindre valeur probante sera attribuée à l'avis du Dr L _____, dès lors qu'il s'agit du médecin traitant, ce qui est d'ailleurs conforme à ce qu'avait retenu le Tribunal fédéral dans son arrêt du 18 août 2006. d) Considérant ce qui précède, le Tribunal retiendra qu'il n'y a pas de modification défavorable de l'état de santé du recourant par rapport à celui retenu dans le cadre de la décision du Tribunal fédéral des assurances du 18 août 2006. Certes, le Dr V _____ fait état d'une capacité de travail de 50%, alors que le Tribunal fédéral des assurances a tenu compte d'une capacité de 60%. Toutefois, il ressort de son audition du 28 mai 2009 que ladite capacité a été fixée à 50% voire plus, de manière quelque peu empirique et par comparaison. Il s'agit ainsi d'un minimum. L'avis du Prof. N _____, parfaitement convainquant, a motivé la mise sur pied d'une observation professionnelle afin de compléter l'instruction. Or, il s'avère que les conclusions de ladite observation quant à une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% permettent de s'écarter du minimum retenu par le Dr V _____ et de considérer que la capacité de travail du recourant atteint au moins 60%. Elle est même très probablement bien supérieure, sans qu'il soit nécessaire de la déterminer avec plus de précision, puisqu'au niveau déterminé par le Tribunal fédéral des assurances, le recourant n'a déjà pas droit à une rente. e) En l'absence de péjoration de la capacité de travail du recourant, et dès lors que les autres éléments du calcul de comparaison des revenus ne sont à juste titre pas remis en cause, le taux d'invalidité ne peut être fixé au-delà des 36% déterminés en dernier lieu, de sorte qu'il n'a pas droit à une rente. 9. Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté. 10. Bien que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et que le recourant succombe, il y a

toutefois lieu de renoncer au paiement d'un émolument dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire,

A/4363/2008 - 20/21 - conformément à l'art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émolument et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986.

A/4363/2008 - 21/21 -

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