

GE_GERICHTE A/1476/2012 vom 6. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1476_2012

FR: GE_GERICHTE A/1476/2012 du 6 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1476/2012 del 6 novembre 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur R_____, domicilié à CHÂTHELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue des Gares 12, 1201 GENEVE intimé EN FAIT Monsieur R_____ (ci-après l'assuré), d'origine portugaise, né en 1973 et père d'une fille née en 1997, est arrivé en Suisse durant le mois de juin 1985. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur-déménageur du 1^{er} novembre 1994 au 10 juillet 1997. Le 1^{er} mai 1995, l'assuré a eu un accident, qui a entraîné une contusion-entorse du genou droit, étant précisé qu'il avait déjà subi une lésion accidentelle à ce genou trois ans plus tôt ainsi qu'une méniscectomie. Une rechute de cet accident est intervenue le 11 juillet 1997. Les suites de l'accident et de la rechute ont été prises en charge par l'assureur-accidents. En date du 9 septembre 1997, l'assuré a subi une opération de plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Le 8 juillet 1998, l'assuré a été examiné par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, lequel a rédigé un rapport en date du 9 juillet 1998. Il a relevé que l'assuré était toujours en totale incapacité de travail depuis le 11 juillet 1997. Au status, il a retrouvé une amyotrophie de 4 cm à la cuisse droite, une bonne fonction du genou en flexion/extension, un tiroir antérieur, une pression alléguée comme sensible sur l'interligne interne et un genou sec. Eu égard au dernier rapport du Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionnant une instabilité résiduelle, une gonarthrose interne et une impossibilité probable de reprise du métier de déménageur, il a discuté avec l'assuré de l'organisation d'un séjour à la Clinique de réhabilitation de Bellikon (ci-après la Clinique de Bellikon), dans le but d'essayer de renforcer la musculature du quadriceps, de procéder à des tests ergonomiques et d'effectuer une évaluation préprofessionnelle, dans la mesure où une reprise du travail comme déménageur n'était plus possible. En date du 4 août 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé), requérant l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a mentionné être en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 1995. Dans un rapport du 3 septembre 1998, le Dr C_____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants : une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, une déchirure du ménisque et une arthrose post-opératoire. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1^{er} mai 1995. Dans un rapport du 17 novembre 1998, les Drs D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, tous deux médecins auprès de la Clinique de Bellikon, ont déterminé que la capacité de travail de l'assuré était nulle en qualité de déménageur depuis le 9 septembre 1997, que les interruptions de travail étaient justifiées pour des motifs médicaux uniquement, que l'état de santé était stationnaire

et que des mesures professionnelles pouvaient être immédiatement entreprises. Les médecins y ont joint un rapport d'entrée dans la Clinique de Bellikon daté du 6 novembre 1998, duquel il résulte que les diagnostics principaux étaient ceux de déchirure du ligament croisé antérieur, de déchirure de la partie médiane du ménisque externe et de lésions dégénératives à droite (chondrose tibiale externe et du condyle fémoral interne). De plus, il y avait des atteintes fonctionnelles du genou droit, qui étaient les suivantes : une douleur à la pression et à la charge, sans limitations de mobilité, une faiblesse du quadriceps, une instabilité résiduelle et un giving-way anamnestique. Enfin, ils ont relevé l'existence d'une entorse du genou droit le 4 juin 1994. Dans un questionnaire du 4 décembre 1998, X_____ SA a indiqué que l'assuré avait travaillé, en qualité de chauffeur-déménageur, du 1^{er} novembre 1994 au 31 décembre 1997 et que le contrat de travail avait été résilié, dans la mesure où l'assuré n'avait pas donné de nouvelles ni produit de certificats médicaux depuis trois mois. Le dernier jour de travail effectif était le 10 juillet 1997. L'assuré travaillait 9 heures par jour et 5 jours par semaine pour un salaire mensuel de 3'850 fr., complété par un 13^{ème} salaire. Un rapport a été établi par des collaborateurs de la Clinique de Bellikon en date du 7 décembre 1998. Il en ressort que l'assuré y a séjourné durant trois semaines, du 21 octobre au 13 novembre 1998. Son engagement pour la détermination d'une profession était bon et il était intéressé à trouver une solution à son avenir professionnel. Il a effectué, durant ces trois semaines, des activités nécessitant le port de charges de 5 kilogrammes au maximum et permettant les changements de positions. Les éléments suivants ont été observés : il marchait et montait les escaliers de manière ralentie et le port de charges n'était possible que de manière limitée. L'assuré s'était plaint de douleurs, toutefois, il se sentait subjectivement capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Par ailleurs, la qualité du travail était suffisante et qualitativement bonne et son comportement était bon. D'un point de vue médical, l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité de déménageur, mais il remplissait toutes les conditions factuelles et personnelles pour de plus amples mesures professionnelles, du type d'une mise au courant. En conclusion, une prise en charge de trois mois auprès de la fondation PRO à Genève était indiquée pour une clarification. Lors de l'entretien final, l'assuré s'est dit d'accord avec la proposition de mesures de réadaptation subséquentes. Dans un rapport de sortie de la Clinique de Bellikon du 7 décembre 1998, les Drs D_____ et E_____ ont retenu des douleurs liées à la charge, à la partie interne de l'espace articulaire. La mobilité était non limitée, toutefois, il existait une boiterie permanente, augmentant à la charge, une faiblesse du quadriceps et des douleurs à la pression à la partie interne de l'espace articulaire. Les limitations de l'assuré étaient importantes et concernaient le port de charges de plus de 15 kilogrammes, le soulèvement de charges de plus de 20 kilogrammes et le fait de marcher longtemps, surtout en terrain accidenté. Il ne pouvait dès lors plus envisager de reprendre son activité de chauffeur et de déménageur. Ils ont ainsi recommandé de faire un bilan approfondi durant trois mois avec l'aide de l'assurance-invalidité, dans le but d'une reconversion ultérieure (au niveau d'un apprentissage rudimentaire). Dans un rapport d'examen final du 21 janvier 1999, le Dr A_____ a déterminé qu'à deux mois du séjour à la Clinique de Bellikon, la reprise du travail en tant que chauffeur-déménageur n'était plus exigible. Au status, il retrouvait une amyotrophie du quadriceps, mais moins importante que lors du premier examen à l'agence, une bonne mobilité du genou et un discret épanchement de l'instabilité antérieure. Radiologiquement, il y avait des signes d'arthrose prédominant dans le compartiment interne avec un pincement, laissant apparaître une varisation de 5°. En conclusion, il s'agissait du développement d'une arthrose

essentiellement interne. L'état paraissait stabilisé. L'assuré ne pouvait plus surcharger le membre inférieur droit, s'agenouiller, s'accroupir et monter et descendre fréquemment les escaliers. La capacité de travail serait entière, sans diminution de rendement, dans une activité essentiellement sédentaire, assise, avec de petits déplacements sur les terrains plats et sur de courtes distances. Par courrier du 21 mai 1999, l'assureur-accidents a ainsi mis fin au paiement des soins médicaux, à l'exception de quelques contrôles occasionnels et aux médicaments nécessaires, qu'il continuerait à prendre en charge. Les indemnités journalières allaient continuer d'être versées compte tenu d'une totale incapacité de travail dans l'activité antérieure ; toutefois, l'assureur-accidents a invité l'assuré à tout mettre en œuvre pour trouver une activité appropriée, notamment avec l'aide de l'assurance-invalidité. Le 10 août 1999, le Dr B _____, ayant suivi l'assuré du 16 mars au 14 juin 1999, a retenu les diagnostics de status après ménissectomie interne et plastie du LCA (ligament croisé antérieur) du genou droit, d'instabilité résiduelle du genou droit et de gonarthrose interne droite. Il a déterminé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que l'incapacité de travail dans l'activité de déménageur était totale depuis le 11 juillet 1997, que des mesures professionnelles devaient être prises le plus rapidement possible et que l'activité pouvant être exercée était essentiellement une activité sédentaire avec une alternance de petits déplacements. Le 12 octobre 1999, l'assuré a eu un entretien en vue de réadaptation avec un collaborateur de l'OAI. Il résulte du procès-verbal de cet entretien que l'assuré allait devoir se faire réopérer (réalignement de l'axe de la jambe) et que la convalescence allait durer cinq mois. L'assuré se sentait capable de travailler à plein temps en position assise avec une alternance de positions pour se dégourdir la jambe. Toutefois, le Dr B _____ a déclaré avoir convenu avec le Dr A _____ que l'opération (ostéotomie) serait reportée à plus tard. En effet, il s'agissait d'une opération lourde, sans résultats vraiment garantis, et si l'activité exercée était vraiment légère, cela permettrait peut-être d'éviter une opération. Par communication du 2 mars 2000, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait droit à un stage d'observation professionnelle, qui allait se dérouler auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 13 mars au 12 juin 2000. En date du 22 juin 2000, l'assuré a subi une arthroscopie, un lavage et une ostéotomie de valgisation tibiale selon Puddu avec une utilisation de greffe bicortiquée de l'aile iliaque droit. Cette opération a eu lieu en raison d'une gonarthrose précoce unicompartimentale interne du genou droit. Dans un rapport du 10 mai 2001, faisant suite à un examen du 9 mai 2001, le Dr A _____ a noté que l'examen était superposable au précédent, avec toutefois notamment une amélioration de la musculature du quadriceps lequel n'avait plus que 1 cm de différence par rapport au côté sain. Radiologiquement, l'ostéotomie paraissait consolidée sur le côté externe et postérieur, avec un doute quant à l'incorporation du coin externe. L'état était à considérer comme stabilisé, mais nécessitait encore des contrôles réguliers cette année quant à l'évolution de l'ostéotomie. Les conclusions de l'examen final du 21 janvier 1999 restaient valables quant à l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité et à l'exigibilité. L'assuré ne pouvait plus exercer l'activité de chauffeur-déménageur, n'étant plus capable de surcharger le membre inférieur droit, de s'agenouiller, de s'accroupir, de monter et de descendre fréquemment les escaliers et de se déplacer sur de longues distances. Dans le cadre d'une activité adaptée, essentiellement assise avec une alternance de déplacements sur de petites distances et sur terrain plat, sa capacité de travail serait de 100%, sans diminution de rendement. Il était prévu d'adresser l'assuré à la clinique de réadaptation de Sion pour une prise en charge globale incluant une pré-évaluation professionnelle, mais l'assuré n'a pas pu s'y rendre en raison de problèmes psychologiques

graves. Le médecin a précisé que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Par courrier du 21 mai 2001, l'assureur-accidents a mis fin au paiement des soins médicaux de l'assuré, à l'exception de contrôles réguliers chez son médecin traitant durant la première année, puis, selon l'évolution, de 3 à 4 contrôles par année. Afin de permettre à l'assuré d'entreprendre une activité lucrative adaptée, par ses propres moyens ou avec le concours de l'assurance-invalidité, les indemnités journalières allaient continuer d'être versées jusqu'au 31 octobre 2001 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. A ce moment-là, il se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. Par décision du 31 janvier 2002, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 21% dès le 1^{er} novembre 2001, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. L'incapacité de gain a été déterminée en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 3'900 fr. et d'un revenu avec invalidité de 3'100 francs. L'assureur-accidents a précisé que les troubles psychogènes réduisaient également la capacité de gain, toutefois, ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'il n'existait pas un droit aux prestations pour ces troubles. Dans un rapport du 25 août 2003 adressé à l'OAI, le Dr C_____ a retenu les diagnostics suivants, ayant tous une répercussion sur la capacité de travail : une déchirure à répétition du ligament croisé antérieur du genou droit, existante depuis 1995, une désaxation de la jambe droite, corrigée par intervention chirurgicale avec greffe osseuse en 2001, un névrome de Morton au niveau du troisième espace inter capito-métatarsien droit, existant depuis le début 2003 et opéré d'ici quelques semaines, des séquelles de maladie de Scheuermann, une protrusion discale en L3-L4 et L4-L5 et une sclérose des facettes articulaires lombaires. Il a déclaré que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, mais que des mesures professionnelles étaient indiquées. L'activité de déménageur ne pouvait plus être exercée, en revanche, la capacité de travail de l'assuré était de deux heures par jour dans une activité sans station assise ou debout prolongée au-delà de 10 minutes et sans port de charges. Actuellement, il ne pouvait même pas marcher plus de deux minutes, en raison du névrome. Il a également produit, à l'appui de son rapport, des imageries médicales ainsi que des rapports neurologiques confirmant les différents diagnostics retenus. Par courrier du 16 septembre 2003, le Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie, a signalé à l'OAI avoir vu l'assuré à deux reprises pour un problème de névrome de Morton au niveau du pied droit. Les consultations n'étaient toutefois pas axées sur le problème médical pour lequel il avait présenté une demande à l'assurance-invalidité, de sorte qu'il ne pouvait pas répondre aux questions. L'OAI a mis en œuvre un examen rhumato-psychiatrique, effectué en date du 20 novembre 2003 par les Dresses G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et H_____, spécialiste « FMH » en psychiatrie, médecins auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR). Dans leur rapport du 21 novembre 2003, les examinatrices ont posé les diagnostics suivants : une gonarthrose interne droite post-traumatique, des troubles statiques rachidiens avec une maladie de Scheuermann et des discrètes discopathies, un névrome de Morton et un syndrome du tunnel carpien irritatif. Il n'est pas mentionné si les diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement d'ordre somatique et concernaient les activités lourdes avec des charges excédant 5 à 10 kilogrammes, les activités en terrains instables, sur les sols mouillés ou sur des échelles, le fait de devoir s'agenouiller et de s'accroupir, les positions statiques et les activités répétitives en force, en flexion et en extension du carpe. Une activité adaptée était théoriquement possible à partir du mois de mai 2001, date à laquelle l'assuré a été réexaminé par le médecin-conseil de

l'assureur-accidents. Le status psychiatrique était dans la norme, de sorte que l'assuré ne présentait aucune comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique. Les médecins ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de déménageur, mais entière dans une activité adaptée. Lors d'un entretien de réadaptation professionnelle du 31 mars 2004, l'assuré a déclaré qu'il était d'accord avec l'exigibilité et estimait que sa situation actuelle était superposable à celle connue au moment du stage à Bellikon (8 semaines) et du stage d'orientation professionnelle (un mois). De plus, il s'est dit intéressé par plusieurs activités lucratives. La position assise était tenue une heure environ, puis l'assuré devait se lever de temps en temps. Lors d'un second entretien de réadaptation professionnelle du 11 janvier 2005, l'assuré a indiqué que depuis le mois d'août 2004, son état de santé s'était aggravé pour des raisons psychologiques (idées noires et conflit conjugal l'ayant amené à faire plusieurs tentatives de suicide). Il a été quelques fois hospitalisé d'urgence et un séjour de trois semaines à Belle-Idée lui a été fortement conseillé. Il n'était actuellement pas capable d'aller travailler en entreprise. Le 13 janvier 2005, le Dr C _____ a établi un rapport, duquel il résulte que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé de manière notable depuis le mois de décembre 2002 et a posé les diagnostics de dépression nerveuse sévère, d'œsophagite aigue, de gastrite biliaire et de syndrome de Morton. La capacité de travail était de 50% dans une activité en position assise et debout alternée, sans port de charges lourdes. La gravité des troubles psychiatriques nécessitaient une prise en charge. Par rapport du 9 mars 2005, le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur moyen depuis le mois de décembre 2004, lequel n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait notamment une fatigue, une anxiété, une baisse d'appétit, des troubles du sommeil et une tristesse. La capacité de travail était uniquement diminuée à 50% pour des raisons somatiques. En date du 8 avril 2005, le Dr C _____ a rappelé les diagnostics retenus dans son précédent rapport et a notamment ajouté ceux de lombalgie réactionnelle et de récurrence de gonalgies. Il a précisé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé de manière notable depuis le mois de novembre 2003, et particulièrement depuis le mois de mars 2004, avec notamment une augmentation de la boiterie, une dépression avérée, une faiblesse et des vertiges. Par courrier du 14 novembre 2005, un chef de clinique du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) a informé l'OAI que l'assuré avait été hospitalisé du 29 juin au 4 juillet 2005 et du 5 au 9 septembre 2005. Dans la mesure où il n'y avait eu que des traitements en urgence et non un traitement chronique et que le suivi de l'assuré n'était pas fait aux HUG, il n'était pas en mesure d'évaluer sa capacité de travail. En date du 19 janvier 2006, l'assuré a subi une ablation d'une plaque d'ostéotomie au tibia droit. Le 16 mars 2007, le Dr C _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était à nouveau aggravé, sans changement de diagnostics. En effet, au mois de mars 2006, soit deux mois après l'opération, le genou de l'assuré présentait une laxité importante avec une sensation de dérobolement et d'instabilité lors des mouvements, à tout moment, même en marche sur un terrain plat. Il existait notamment une nette hypotrophie du quadriceps droit et des muscles du mollet droit ou encore une apparition de nombreux craquements à la mobilisation de l'articulation du genou droit. Il a conclu que sa capacité de travail était nulle en tant que déménageur et qu'il convenait de s'adresser aux services de réorientation en ce qui concernait une activité adaptée. Sur requête de l'OAI du 4 novembre 2010, l'assuré a déclaré qu'il exerçait actuellement une activité lucrative à 50%, et ce depuis le 1^{er} novembre 2009. Son revenu était de 1'488 fr. 40. Il a également transmis à l'OAI son avis de taxation 2009, duquel il résulte qu'il a obtenu un salaire de 3'400 fr. durant cette

année-là. Ne pouvant obtenir d'informations du médecin traitant de l'assuré ou d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique, qu'il a confiée au Dr J _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. Celui-ci a rencontré l'assuré en date du 26 avril 2011 et a établi son rapport d'expertise le 27 avril 2011. L'expert a retenu les diagnostics suivants, ayant tous des répercussions sur la capacité de travail : une gonarthrose droite, un status après ostéotomie de valgisation tibiale droite le 22 juin 2000, un LCA du genou droit non fonctionnel, des lombalgies chroniques, des discopathies pluri-étagées et des séquelles de maladie de Scheuermann et des métatarsalgies de Morton au pied droit. Il a notamment relevé que les métatarsalgies de Morton du pied droit, le syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite et les lombalgies étaient restées stationnaires depuis leur apparition (entre 2000 et 2003). Quant à l'examen clinique ostéo-articulaire, il ne montrait aucune limitation fonctionnelle manifeste, à l'exception du genou droit. Il n'y avait ni arthrite ni synovite. Il a également exposé l'état du genou droit. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité lucrative de chauffeur-déménageur, en revanche, elle était entière depuis le mois de mai 2001, dans une activité professionnelle légère, plutôt sédentaire et alternant les positions assise et debout, et excluant les ports de charges au-delà de 5 à 10 kilogrammes, la marche prolongée, principalement en terrain inégal, la position accroupie, la montée et la descente des escaliers de manière répétitive ainsi que les activités répétitives et de force en flexion-extension des poignets. D'un point de vue thérapeutique, l'expert a proposé que l'assuré puisse bénéficier d'une orthèse de maintien de son genou droit à même de contrôler son instabilité. De plus, en l'absence de limitation fonctionnelle manifeste du squelette axial, il n'a pas jugé nécessaire de réaliser une imagerie complémentaire du rachis, dans un contexte de discopathie et de séquelles de la maladie de Scheuermann connues. Il en était de même pour son genou droit, dont l'arthrose importante avait déjà été vérifiée sur des clichés réalisés en 2003, imagerie qui était sans influence sur l'appréciation de la capacité de travail. Il était du reste convaincu qu'une prothèse du genou droit était inéluctable à court ou moyen terme. Enfin, en ce qui concernait les mesures de reconversion professionnelle dans une activité adaptée, l'expert n'avait aucune contre-indication rhumatologique chez un assuré encore jeune et motivé. Sur requête de l'OAI, l'assuré lui a transmis son contrat de travail de durée indéterminée avec Y _____ SA, dont le but est l'exploitation de restaurants, cafés, et établissements publics en général dans le domaine de la restauration. Il en ressort qu'il travaillait à 50%, en qualité d'intendant, depuis le 1^{er} novembre 2009, pour un salaire mensuel brut de 1'700 fr., complété par un 13^{ème} salaire (dès le 7^{ème} mois à 50%, dès la 2^{ème} année à 75% et dès la 3^{ème} année à 100%). Par avis du 18 août 2011, un médecin du SMR a résumé le dossier de l'assuré, a considéré que l'expertise du Dr J _____ était claire et convaincante et a ainsi retenu que sa capacité de travail était entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le mois de mai 2001. Dans un avis complémentaire du 25 août 2011, le même médecin du SMR a toutefois estimé, qu'en tenant compte du rapport de l'assureur-accidents incluant l'examen final du Dr A _____, l'aptitude à la réadaptation datait du jour de cet examen, soit du 21 janvier 1999. En effet, il était clairement expliqué que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'à partir de moment-là, sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais entière dans une activité adaptée. En date du 25 août 2011, l'OAI a effectué le calcul du degré d'invalidité de l'assuré, duquel il résulte notamment que la comparaison des revenus a été effectuée en 1999, qu'une diminution de rendement de 15% a été retenue dans

le cadre du revenu d'invalidité et que le degré d'invalidité était 9.93%. Le 6 septembre 2011, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision, par lequel il lui proposait de lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du mois d'août 1998 au mois de mars 1999. Il a constaté que sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le mois de juillet 1997, que le 1^{er} juillet 1998, son incapacité de gain était jugée entière sur l'ensemble du marché du travail, de sorte qu'il avait droit à une rente entière dès ce moment-là. Toutefois, le versement effectif de la rente débutait uniquement le 1^{er} août 1998, en raison de la tardiveté de la demande. En outre, dans la mesure où il pouvait à nouveau exercer une activité lucrative à plein temps dès le mois de janvier 1999 et que son degré d'invalidité à ce moment-là était inférieur à 40% (10%), son droit à la rente était supprimé dès le 31 mars 1999. Enfin, l'assuré ayant repris une activité lucrative en novembre 1999 (recte 2009), une orientation professionnelle n'était pas nécessaire dans son cas. Quoi qu'il en soit, il n'existait pas de droit à un reclassement, attendu que son degré d'invalidité était inférieur à 20%. Par courrier du 28 octobre 2011, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté ce projet de décision, faisant valoir notamment que les constatations selon lesquelles il pourrait exercer une activité lucrative à plein temps n'étaient pas motivées et ne reposaient sur aucune constatation médicale. Ce projet n'était pas non plus motivé pour ce qui était de la référence aux données statistiques. Par décision du 12 avril 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1^{er} juillet 1998 au 31 mars 1999, reprenant entièrement la motivation de son projet de décision. Par acte du 15 mai 2012, l'assuré, représenté par un conseil, interjette recours contre cette décision de l'OAI, requérant principalement, son annulation en tant qu'elle limite son droit à une rente entière au 31 mars 1999, ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 1999 sans limite de temps, sous suite de dépens. Subsidiairement, il sollicite l'audition des Drs C _____, K _____ et I _____ ainsi que de son employeur et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique, orthopédique et neurologique et visant à déterminer sa capacité de travail et son rendement. Il soutient que les rapports sur lesquels s'est fondé l'intimé, soit les rapports des médecins du SMR et de l'assureur-accidents, sont irréalistes et non probants. En revanche, il convient de se fonder, d'après lui, sur les rapports du Dr C _____. L'audition du Dr I _____ permettra d'établir, d'après lui, son incapacité de travail pour des raisons psychiatriques de 2005 à 2008 et celle des Drs K _____ et C _____ de confirmer le caractère non probant des rapports concluant à une entière capacité de travail sans perte de rendement. En outre, c'est à tort, d'après le recourant, que l'OAI retient une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de janvier 1999, alors même que le médecin de l'assureur-accidents et ceux du SMR ont retenu une telle exigibilité uniquement dès le mois de mai 2001. Eu égard aux rapports médicaux contradictoires, il estime qu'il y a lieu de procéder à une expertise médicale pluridisciplinaire, si l'intimé persiste dans sa position. Enfin, le salaire d'invalidité retenu s'écarte sans raison de la situation concrète, le recourant ayant repris une activité lucrative à 50% lui procurant un revenu brut de 1'700 fr., soit de 3'400 fr. pour un plein temps. Invité à se déterminer, l'OAI conclut, dans sa réponse du 25 juin 2012, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il convient, d'après lui, d'accorder pleine valeur probante à l'examen rhumatologique et psychiatrique du 20 novembre 2003 et à l'expertise rhumatologique du 26 avril 2011, de sorte que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur-déménageur, mais une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il explique que la pleine

exigibilité a été fixée au 21 janvier 1999, sur la base du rapport de l'assureur-accidents, incluant l'examen final du Dr A_____. En effet, il a été clairement expliqué que l'état de santé était stabilisé et qu'à partir de ce moment-là, sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle et qu'elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Interrogé par la Cour de céans, le Dr I_____ a expliqué, en date du 4 septembre 2012, qu'il avait suivi le recourant jusqu'au 11 mai 2005, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de son état de santé postérieurement à cette date-là. Il avait retenu, à l'époque, le diagnostic de trouble dépressif majeur moyen existant depuis le mois de décembre 2004, étant précisé que lors de la rédaction du rapport pour l'OAI en mars 2005, l'incapacité de travail était plutôt liée à des atteintes d'ordre somatique. Il précise que le status psychique du recourant avait présenté une bonne évolution et qu'il ne pouvait pas se déterminer sur une éventuelle dégradation de celui-ci postérieurement au 11 mai 2005. En date du 24 septembre 2012, l'OAI transmet à la Cour de céans un avis de la Dresse L_____, médecin au SMR, laquelle a estimé qu'il conviendrait de procéder à une expertise psychiatrique pour déterminer l'évolution de l'atteinte à la santé psychique du recourant depuis le mois de mars 1999, attendu que le Dr I_____ n'a suivi le recourant que jusqu'au mois de mai 2005 et que l'examen du SMR du 20 novembre 2003, et en particulier le volet psychiatrique, ne pouvait pas formellement être suivi. Au vu de cet avis, l'OAI conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Par courrier du 9 octobre 2012, le recourant constate que l'OAI admet certes que l'instruction a été insuffisante pour fonder la décision attaquée, toutefois, il s'oppose à un renvoi du dossier à l'OAI et sollicite, par économie de procédure, qu'une expertise soit mise en œuvre par la Cour de céans. Il considère également qu'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique uniquement est insuffisant et qu'il convient de procéder à une expertise pluridisciplinaire, contenant un volet psychiatrique, un volet orthopédique et si nécessaire, le concours d'un rhumatologue et d'un neurochirurgien. Pour le surplus, il persiste dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents remontant à l'année 1997, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du droit en vigueur antérieurement à la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), de sorte que les dispositions de la LAI seront citées dans leur teneur de l'époque. S'agissant de la procédure, la LPGA est applicable. Interjeté dans

les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité postérieurement au 31 mars 1999. 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 également 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 ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 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). Il convient, en premier lieu, de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière déterminante depuis le mois de janvier 1999, comme retenu par l'intimé. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, qui reprend l'art. 4 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. La notion de l'incapacité de gain qui n'était pas clairement définie dans la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 se retrouve à l'art. 7 al. 1^{er} LPGA, qui prévoit qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). a) 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). b) Selon le 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 examiner objectivement tous

les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, l'intimé considère que le recourant, qui présentait une incapacité totale de travail depuis le mois de juillet 1997 dans toutes les activités lucratives, était à nouveau capable, dès le mois de janvier 1999, d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée à son état de santé. a) Pour arriver à cette conclusion, il s'est fondé sur un avis complémentaire d'un médecin du SMR daté du 25 août 2011, qui est revenu sur sa position initiale du 18 août 2011. Il a estimé qu'en tenant compte du rapport de l'assureur-accidents, incluant l'examen final du Dr A _____, l'état de santé du recourant était stabilisé et sa capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès l'examen de ce médecin daté du 21 janvier 1999. La Cour de céans constate que le médecin du SMR s'était tout d'abord fondé sur le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 21 novembre 2003 et sur l'expertise du Dr J _____, qu'il a considérés comme probants, pour retenir que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de mai 2001. Il est toutefois revenu sur sa position initiale quelques jours plus tard, sans véritablement en expliquer les raisons. L'OAI, qui se réfère uniquement à l'avis complémentaire du SMR du 25 août 2011, n'en dit pas plus. Il sera dès lors examiné, ci-après, si les rapports médicaux au dossier permettent d'établir que l'état de santé somatique s'est effectivement amélioré de manière notable durant le mois de janvier 1999, comme soutenu par l'OAI. Puis, dans un deuxième temps, il conviendra de savoir si l'état de santé psychique a engendré une incapacité de travail durable, en particulier entre les années 2005 et 2008, comme allégué par le recourant. b/aa) D'un point de vue somatique, suite à un séjour de trois semaines dans la Clinique de Bellikon vers la fin de l'année 1998, qui a permis de faire des constatations tant médicales que professionnelles, le Dr A _____ a notamment établi, dans son rapport d'examen final du 21 janvier 1999, que l'état de santé s'était amélioré avec une amyotrophie du quadriceps moins importante que précédemment constaté, une bonne mobilité du genou et un discret épanchement de l'instabilité antérieure. Au vu des radiographies, il a toutefois relevé qu'une arthrose essentiellement interne se développait. L'état lui paraissait stabilisé. Il a déterminé les

limitations fonctionnelles et a conclu que la capacité de travail serait entière, sans diminution de rendement, dans une activité essentiellement sédentaire, assise, avec de petits déplacements sur terrains plats et sur de courtes distances. Sur la base de ce rapport, l'assureur-accidents a mis fin au paiement des soins médicaux, mais a continué à verser des indemnités journalières. Selon toute vraisemblance, l'OAI se fonde sur ces éléments pour conclure que l'état de santé du recourant était stabilisé dès le mois de janvier 1999. Il apparaît cependant, à la lecture de ce rapport du Dr A _____, que ses conclusions sont prudentes, notamment eu égard au fait que l'état de santé du recourant lui paraissait seulement stabilisé. Sa position prudente est d'ailleurs confirmée par le fait que le recourant a dû subir une nouvelle opération en date du 22 juin 2000, laquelle a consisté en une arthroscopie, un lavage et une ostéotomie de valgisation tibiale selon Puddu avec une utilisation de greffe bicortiquée de l'aile iliaque droit. Il sera précisé que cette opération a été rendue nécessaire en raison d'une gonarthrose précoce unicompartmentale interne du genou droit, telle que mise en exergue par le Dr A _____ dans son rapport du 21 janvier 1999. L'état de santé du recourant s'est ainsi visiblement péjoré suite à ce rapport du Dr A _____, de sorte qu'il n'était pas encore stabilisé à ce moment-là. Cette péjoration et cette intervention ont également conduit le Dr A _____ à établir un second rapport en date du 10 mai 2001, soit à presque une année de l'opération, dans lequel il a notamment mis en évidence une amélioration de la musculature du quadriceps qui n'avait plus que 1 cm de différence par rapport au côté sain. Il a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé, que l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité de chauffeur-déménageur, n'étant plus capable de surcharger le membre inférieur droit, de s'agenouiller, de s'accroupir, de monter et descendre fréquemment les escaliers et de se déplacer sur de longues distances. En revanche, le recourant présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est sur la base de ce rapport que l'assureur-accidents a définitivement mis fin aux soins médicaux, puis aux indemnités journalières dès le 31 octobre 2001. La Cour de céans constate que ce rapport du 10 mai 2001 a valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, il a été établi sur la base du dossier du recourant, sur un examen radiologique effectué le jour de l'expertise, sur un examen médical ainsi que sur la comparaison de l'état de santé du recourant avec des examens antérieurs ainsi que sur une courte anamnèse. De plus, le médecin expose ses constatations, les résultats de ses examens, les modifications de l'état de santé du recourant ainsi que les similitudes avec son examen précédent. Enfin, ses conclusions sont claires et compréhensibles et rien ne permet de douter de son impartialité. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans estime que c'est à tort que l'OAI a considéré que le recourant pouvait reprendre une activité lucrative déjà dès le mois de janvier 1999. En effet, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que l'état de santé somatique du recourant ne s'est amélioré et stabilisé de manière durable que dès le mois de mai 2001, soit suite à l'opération du 22 juin 2000. Dès lors, depuis le 10 mai 2001, la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b/bb) Par la suite, le Dr C _____ a toutefois exposé à plusieurs reprises, entre les mois d'août 2003 et mars 2007, que l'état de santé du recourant s'était péjoré. Au vu de son rapport du 25 août 2003, l'OAI a mis en œuvre un examen rhumato-psychiatrique. Ce rapport contient une anamnèse familiale, professionnelle et médicale, un exposé des plaintes du recourant et a été établi sur la base du dossier radiologique et médical et suite à un examen personnel du recourant. En ce qui concerne en particulier le volet rhumatologique, les diagnostics

suivants ont été clairement posés : une gonarthrose interne droite post-traumatique, des troubles statiques rachidiens avec une maladie de Scheuermann et des discrètes discopathies, un névrome de Morton et un syndrome du tunnel carpien irritatif. Certes, l'examinatrice rhumatologue n'a pas indiqué si les diagnostics avaient une incidence sur la capacité de travail du recourant, cependant, on comprend que ceux-ci engendraient les limitations mentionnées, en raison principalement des troubles du genou droit et du rachis et que rien ne permettait de s'écarter de la pleine capacité de travail retenue dans une activité lucrative adaptée dès le mois de mai 2001, comme déterminé par le Dr A_____. La pleine capacité de travail dans une activité adaptée a d'ailleurs été confirmée par le recourant lui-même en mars 2004 à un spécialiste en réadaptation de l'OAI. Pour le surplus, l'aggravation de son état de santé, dont a fait état le recourant ultérieurement, ne concernait que des problèmes psychiatriques. Partant, il y a lieu de constater que le volet rhumatologique de ce rapport d'examen du SMR daté du 21 novembre 2003 présente valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que viennent confirmer les éléments présents au dossier. Quant au rapport du Dr C_____ du 25 août 2003, il ne met pas en évidence d'éléments que l'expert n'a pas pris en considération, de sorte qu'il ne permet pas de douter du bien-fondé des conclusions du volet rhumatologique de l'examen du SMR. Il sera ainsi conclu que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé en 2003. b/cc) En outre, une expertise rhumatologique a été réalisée par le Dr J_____ en avril 2011, l'OAI n'arrivant pas à obtenir des informations médicales concernant le recourant, lequel n'avait d'ailleurs pas eu de contact avec l'OAI entre le milieu de l'année 2007 et le 2 novembre 2010. Le rapport d'expertise permet d'établir que le recourant présentait une gonarthrose droite, un status après ostéotomie de valgisation tibiale droite le 22 juin 2000, un LCA du genou droit non fonctionnel, des lombalgies chroniques, des discopathies pluri-étagées et des séquelles de maladie de Scheuermann et des métatarsalgies de Morton au pied droit. L'expert a également noté que les différents troubles dont souffrait le recourant, à l'exception des troubles du genou, étaient restés stationnaires depuis leur apparition et a exposé en détail quel était l'état du genou droit. On comprend ainsi qu'il retienne les mêmes limitations fonctionnelles que précédemment exposées dans le rapport d'examen du SMR de novembre 2003 ou dans celui du Dr A_____ du mois de mai 2001 et qu'il conclue que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était entière depuis le mois de mai 2001, dans une activité professionnelle légère plutôt sédentaire et permettant l'alternance des positions assise et debout. La Cour de céans estime, au vu de ce qui précède, que ce rapport, qui est fondé sur une anamnèse familiale, médicale et socioprofessionnelle du recourant ainsi que sur son dossier médical, expose clairement les différents troubles dont il souffre et tient compte de ses plaintes. Ses conclusions sont également suffisamment motivées et convaincantes concernant le fait qu'il se ralliait aux conclusions du Dr A_____ et du rhumatologue du SMR. Il remplit dès lors tous les réquisits de la jurisprudence relatifs à la valeur probante des rapports médicaux. Qui plus est, les rapports de l'année 2005 du Dr C_____, dans lesquels il retient une aggravation de l'état de santé du recourant essentiellement d'un point de vue psychiatrique, ne sont d'aucune aide pour déterminer précisément l'influence des atteintes somatiques sur la capacité de travail du recourant. Quant au dernier rapport de ce médecin daté du 16 mars 2007, dans lequel il met en exergue une aggravation liée principalement au genou droit du recourant, il ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr J_____. En effet, outre le fait que le Dr C_____ est généraliste et médecin traitant du recourant, il n'expose pas, dans son rapport, d'éléments dont l'expert n'aurait pas tenu compte et ne se

prononce pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, précisant qu'il convenait de s'adresser, à cet égard, aux services de réorientation qui avaient rencontré le recourant. Il sera au demeurant constaté que bien le recourant estime que les conclusions des différents rapports d'examen et d'expertises mis en œuvre par l'OAI et l'assureur-accidents sont irréalistes et non probantes et qu'il y a lieu de retenir les conclusions de son médecin traitant, il ne motive pas sa position, de sorte que ses allégations ne peuvent pas en tout état de cause être suivies. Au vu de la valeur probante du rapport du Dr J _____, confirmant les rapports rhumatologiques du SMR et du Dr A _____, il convient ainsi de conclure que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le mois de mai 2001, soit dès l'examen du Dr A _____. Pour le surplus, les rapports au dossier étant suffisants pour juger de l'état de santé somatique du recourant ainsi que de ses répercussions sur sa capacité de travail, il n'est pas nécessaire d'entendre les Drs C _____ ou K _____, comme requis par le recourant ou encore de mettre en œuvre une expertise orthopédique, rhumatologique ou neurologique. c) Pour ce qui est du volet psychiatrique, le recourant soutient que sa capacité de travail était diminuée pour des raisons psychiatriques, notamment entre 2005 et 2008. Le Dr I _____ a indiqué, en date du 9 mars 2005, qu'il suivait le recourant depuis le mois de décembre 2004 et qu'il souffrait d'un trouble dépressif majeur de degré moyen, lequel n'avait toutefois pas d'incidence sur sa capacité de travail. Il a confirmé ses déclarations en date du 4 septembre 2012 et a même précisé que le status psychique du recourant avait présenté une bonne évolution durant son suivi jusqu'en mai 2005. Postérieurement au suivi du Dr I _____, le recourant a été hospitalisé à deux reprises à Belle-Idée durant l'année 2005, soit du 29 juin au 4 juillet et du 5 au 9 septembre, toutefois, il semblerait que le recourant n'ait pas eu de suivi psychiatrique hormis ces deux courtes hospitalisations. Il ne produit d'ailleurs aucun rapport de psychiatre dans le cadre de son recours et ne fait état que du suivi avec le Dr I _____. Au vu du suivi psychiatrique de ce médecin s'arrêtant en mai 2005 et du fait que l'examen psychiatrique du SMR de novembre 2003 ne peut pas formellement être suivi, l'OAI requiert expressément le renvoi du dossier pour pouvoir instruire l'évolution des atteintes psychiatriques du recourant depuis le mois de mars 1999. Le dossier sera ainsi renvoyé à l'OAI pour instruction sur ce point.. Bien que le recourant soutienne que c'est entre 2005 et 2008 que son état de santé psychique avait une influence sur sa capacité de travail, il ressort du rapport de la SUVA de mai 2001 qu'il n'avait alors pas été en mesure de suivre un stage de réhabilitation en raison de troubles psychiques et des rapports du médecin traitant que ces troubles se sont aggravés en 2002, alors que son état semblait stabilisé en 2005 selon le Dr I _____. Pour le surplus, il n'est pas justifié, à ce stade, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire, le recourant n'ayant produit aucun rapport psychiatrique postérieur au mois de mai 2005. Compte tenu des éléments retenus du point de vue somatique et de la durée de la procédure administrative, il convient encore de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant et partant sur la durée de son droit à la rente, et ce quand bien même la cause est renvoyée en partie à l'OAI. a) Selon l'art. 28 al. 1 er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. L'art. 29 al. 1 let. b LAI précise que le droit à la rente au sens de l'article 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle

l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable. b) D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. c) L'art. 28 al. 2 LAI, repris par l'art. 16 LPGa, s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer l'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 exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut

arrondir à $x+1$ % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). a) En l'occurrence, les parties concordent sur le fait que le recourant présente une totale incapacité de travail dès mois de juillet 1997 dans toutes les activités lucratives et qu'il a ainsi droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 1998. b) De plus, il a précédemment été déterminé que cette incapacité de travail s'est maintenue jusqu'au 10 mai 2001, date à laquelle le recourant est à nouveau capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remontant à mai 2001, il convient de se placer en 2001 pour procéder à la comparaison des revenus du recourant (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations de l'employeur du recourant, lequel a indiqué, dans un questionnaire du 4 décembre 1998, que son revenu mensuel en 1997 était de 3'850 fr., complété d'un 13^{ème} salaire, soit un revenu annuel de 50'050 francs. Adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (cf. tableau de l'Office fédéral de la statistique sur l'évolution des salaires nominaux, 1976-2011 ; ISS 1997 = 1818 et ISS 2001 = 1902), le revenu annuel du recourant en 2001 est de 52'362 fr. 55 ($50'050 \times 1902 / 1818$). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les salaires résultant des ESS. En effet, d'une part, en 2001, le recourant n'avait pas encore entrepris une activité lucrative et d'autre part, il n'a repris une activité qu'à 50% en 2007, ne mettant pas en valeur sa pleine capacité de travail. Ainsi, d'après les ESS 2000, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de 4'437 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2001, lequel est de 41.7 heures (cf. La Vie économique 1/ 2-2006) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS en 2000 : 1856 et en 2001 : 1902). Il en résulte un revenu annuel brut de 56'882 fr. 60. De plus, l'OAI a tenu compte d'un abattement de 15% en raison des différentes limitations fonctionnelles. En l'absence de réalisation des autres critères permettant un abattement, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'OAI, laquelle tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles. En prenant en considération un abattement de 15%, le revenu avec invalidité 2001 du recourant est de 48'350 fr. 20. Partant son degré d'invalidité est de 8% ($(56'362.55 - 48'350.20) \times 100 / 52'362.55$), taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Les conditions de la révision du droit à la rente sont ainsi réalisées pour supprimer le droit à la rente entière du recourant dès le 31 août 2001, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain (art. 88a al. 1 RAI). Partant, le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 août 2001. c) Un éventuel droit à la rente en lien avec les troubles psychiques existant entre les années 2001 et 2008, voire au-delà, devra être déterminé par l'OAI. En ce qui concerne une éventuelle mesure d'ordre professionnel, le recourant n'en sollicite pas et il sera relevé qu'il a repris une activité lucrative en novembre 2009. Toutefois, dans la mesure où il présente une incapacité de travail dans son activité antérieure de chauffeur-déménageur, il pourra toujours requérir de l'OAI, s'il le souhaite, une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI). Le recours est ainsi partiellement admis. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OAI. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au

fond : L'admet partiellement et annule la décision du 12 avril 2012 de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, en tant qu'elle limite le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité au 31 mars 1999. Reconnaît à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 1998 au 31 août 2001. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues, ainsi que pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à l'assuré une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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