

GE_GERICHTE A/3291/2008 vom 24. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3291_2008

FR: GE_GERICHTE A/3291/2008 du 24 août 2011

IT: GE_GERICHTE A/3291/2008 del 24 agosto 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié chez D _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur C _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, de nationalité portugaise, travaillait en qualité de cuisinier pour le restaurant X _____ à Genève depuis le 1^{er} septembre 2003. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après : ALLIANZ). Son salaire brut s'élevait à 4'200 fr. mensuels pour l'année 2003. Par déclaration d'accident datée du 31 octobre 2003, l'employeur a annoncé à ALLIANZ que le 30 septembre 2003, l'assuré avait glissé dans la cuisine à son lieu de travail, en se blessant à la jambe droite, ce qui avait provoqué une déchirure du ligament. Il était en arrêt de travail depuis lors. Le 18 décembre 2003, le Dr L _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué au genou droit une ménisectomie partielle de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe et de la corne postérieure et moyenne, ainsi qu'antérieure, du ménisque interne. A la demande de l'assureur, le Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise en date du 30 mars 2004. Le status post-ménisectomie du genou droit était calme et les suites de l'intervention terminées. Le genou droit était rétabli. Quant aux troubles à la colonne lombaire, ils étaient préexistants et ne pouvaient pas être mis en relation avec l'accident en cause. Tout au plus, il pouvait être question d'une aggravation passagère d'un état antérieur. De l'avis du Dr M _____, tant s'agissant des douleurs lombaires que des troubles au genou droit, le statu quo sine vel ante était atteint au jour de l'examen, le 23 mars 2004, de sorte que l'assuré était en mesure de reprendre son ancienne activité de cuisinier à plein temps, sans restriction. L'obésité de l'assuré et l'état de sa colonne lombaire militaient pour un changement d'activité professionnelle, sans rapport toutefois avec l'événement accidentel du 30 septembre 2003. Par décision du 27 mai 2004, ALLIANZ a indiqué à l'assuré que les prestations d'assurance n'étaient plus servies au-delà du 23 mars 2004, le statu quo ante ayant été atteint à cette date. Le 10 juin 2004, en descendant d'un bus avec ses cannes, l'assuré a fait une chute et s'est blessé au genou gauche engendrant des lésions des deux ménisques. À la suite de l'opposition formée par l'assuré le 1^{er} juillet 2004, ALLIANZ a confirmé sa position. Par acte daté du 19 mai 2005, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS) devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans) contre ladite décision sur opposition, en concluant à l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 23 mars 2004, au versement d'une rente d'invalidité entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire. L'assuré a joint à son recours, notamment, un courrier du Dr

N_____, responsable des services de chirurgie des HUG, du 12 avril 2005, informant qu'il avait effectué une nouvelle arthroscopie du genou droit compte tenu de la persistance des symptômes, la première intervention de décembre 2003 ayant été accompagnée d'un volumineux hématome et d'une douleur tenace du genou pendant plusieurs mois. Par ailleurs, suite au nouvel accident survenu en juin 2004, une arthroscopie du genou gauche avait été pratiquée le 29 mars 2005 et avait mis en évidence une déchirure en anse de seau des deux ménisques, dont l'un était luxé. A son avis, les deux accidents dont le patient avait été victime au niveau de ses deux genoux étaient clairement établis, même si le ligament croisé antérieur droit était déficient déjà en 2003. L'état du patient s'améliorait et une reprise du travail pouvait être envisagée dans un avenir proche. L'assuré a aussi produit toute une série de certificats d'arrêts de travail, dont celui de la Dresse O_____, médecin généraliste, attestant d'une incapacité de travail entière du 30 septembre 2003 au 1 er juillet 2004, celui du Dr P_____, chef de clinique au service de rééducation de l'Hôpital de Beau-Séjour, attestant d'une incapacité de travail entière du 1 er juillet au 31 décembre 2004, et ceux établis par le Dr N_____, pour la période du 1 er janvier au 30 juin 2005. Parallèlement à la procédure entamée contre ALLIANZ, l'assuré a formulé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), une demande de prestations d'invalidité datée du 28 septembre 2005. Il avait subi une seconde opération du genou droit, effectuée cette fois-ci par le Dr N_____. Malgré cette intervention, il se trouvait toujours en incapacité de travail totale, à cause de son genou droit et de l'aggravation de lombalgies qui le faisaient beaucoup souffrir. Sur prescription du Dr P_____, il était hospitalisé à l'Hôpital Beau-Séjour pour faire des séances de rééducation à raison de quatre séances hebdomadaires. À l'appui de sa demande, l'assuré a présenté notamment de nombreux certificats médicaux. Dans un rapport et questionnaire médical à l'attention de l'OAI du 18 octobre 2005, le Dr P_____ a indiqué qu'il suivait le patient depuis le 10 novembre 2004, le dernier examen médical effectué par ses soins datant du 20 septembre 2005. Il a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur le travail des "gonalgies bilatérales suite à une chute le 30 septembre 2003 occasionnant une entorse de la cheville droite ainsi que du genou droit." Au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr P_____ indiquait que, suite à l'opération du 18 décembre 2003 avec ablation du ménisque du genou droit, des complications étaient apparues. Une incapacité de travail de 100% dès le 30 septembre 2003 était médicalement reconnue dans l'activité exercée antérieurement de cuisinier. L'état de l'assuré était stationnaire et la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, de sorte que des mesures professionnelles étaient indiquées. Dans un rapport médical du 26 octobre 2005 à l'attention de l'OAI, le Dr N_____ a confirmé les diagnostics posés par le Dr P_____. Il a notamment indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dès le 1 er février 2005, dans l'activité précédente de cuisinier. L'évolution post-opératoire du genou droit n'était pas favorable, de sorte que le pronostic était réservé concernant ce genou et la poursuite du traitement de rééducation était recommandée, contrairement à la situation du genou gauche qui s'était améliorée, suite à l'intervention du 29 mars 2005. Concernant les limitations fonctionnelles de l'assuré, le Dr N_____ précisait que son patient ne pouvait pas effectuer d'activité requérant de lui une position debout prolongée, de sorte qu'une activité en position assise ou demandant peu de déplacements était préconisée. L'assuré ne devrait d'ailleurs pas porter de charge et ne travailler qu'entre quatre à six heures par jour, sans qu'une diminution de rendement soit

attendue. A l'audience d'enquêtes du 15 mars 2006 dans la procédure opposant l'assuré à son assurance accident, le Dr L_____ a notamment expliqué qu'il avait initialement prévu que le traitement se terminerait quatre semaines après la première arthroscopie du 18 décembre 2003, car il s'agissait du temps normal dans les cas de déchirures du ménisque. S'agissant de la reprise du travail prévue pour le 19 janvier 2004, dans l'activité de cuisinier, il avait jugé disproportionnées les plaintes du patient par rapport au status clinique après l'intervention et au status préopératoire du genou. Au mois de janvier 2004, le genou de l'assuré était bien, ne présentait pas de tuméfaction, nonobstant les plaintes du patient. Le Dr M_____, entendu le même jour, a notamment signalé que les suites opératoires avaient été simples, raison pour laquelle le statut quo ante / sine avait été fixé au 23 mars 2004. Le Dr Q_____, chirurgien, également entendu en qualité de témoin, a précisé au TCAS qu'il avait examiné l'assuré le 13 septembre 2004 et constaté qu'il était déprimé, découragé parce qu'il n'était pas guéri. A l'examen, le genou droit était instable, avec des signes d'inflammation et de rupture du LCA, ainsi qu'une petite enflure postérieure. L'assuré était incapable de travailler dans son métier. Lors d'une audience d'enquêtes du 17 mai 2006 dans le litige opposant l'assuré à ALLIANZ, le Dr N_____ a exposé qu'il avait vu le patient pour la première fois au début de l'année 2005. Il était alors en incapacité de travail totale au vu des douleurs aux deux genoux. D'après les déclarations du patient et les documents en sa possession, l'incapacité de travail résultait de l'accident, les faits ayant démontré que l'assuré n'avait pas pu reprendre son activité de cuisinier en mars 2004. L'arthroscopie pratiquée au genou droit au mois de février 2005 n'avait pas comporté de geste chirurgical à part le lavage articulaire. A cette occasion, il avait néanmoins constaté une lésion cartilagineuse, qui n'avait pas été décrite lors de la première intervention. Il s'agissait d'une lésion récente, postérieure à la première arthroscopie et qui avait pu être provoquée par celle-ci. Un nouvel accident avait effectivement eu lieu en été 2004. L'évolution post-opératoire du genou droit n'avait pas été favorable, sans qu'il fût possible d'en expliquer les raisons, alors que le genou gauche, opéré en mars 2005, avait évolué favorablement. A son avis, le genou droit avait évolué lentement mais favorablement, mais d'autres plaintes s'étaient surajoutées, sous forme de douleurs musculaires du dos, des limitations de la mobilité pouvant avoir un retentissement sur le rachis. En hiver 2006, le recourant n'était toujours pas en mesure de reprendre son travail. Une reprise à 50% avait été envisagée en automne 2005, mais cela ne s'était pas fait car le patient avait décompensé d'autres syndromes douloureux. Le Dr N_____ indiquait qu'il ne comprenait pas comment l'expert mandaté par ALLIANZ avait pu constater un état satisfaisant du genou droit. A son avis, l'état de ce genou s'était aggravé de manière régulière et n'avait pas retrouvé sa fonction, du point de vue de la mobilité. Le genou présentait une inflammation et des épanchements récidivants. Il a précisé que certains patients ne se remettaient jamais d'une ménissectomie, une entorse du genou pouvant entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Des lésions aux LCA n'entraînaient pas toujours une instabilité du genou. A la même audience, le Dr P_____ a quant à lui exposé qu'il soignait l'assuré depuis le 10 novembre 2004, et qu'il avait délivré des certificats d'incapacité de travail à 100% dès cette date. Dans la profession antérieure de cuisinier, la position debout et statique était contre-indiquée, compte tenu des douleurs aux membres inférieurs, prédominant au genou droit. L'évolution du genou droit suite à l'arthroscopie effectuée au mois de février 2005, n'était pas favorable, de sorte que le patient était selon lui toujours incapable d'exercer l'activité de cuisinier, dès lors qu'après une heure et demie de travail debout, le patient présentait un gonflement du genou. Il pourrait cependant exercer une activité assise, en

alternant les positions, à plein temps. Dans un courrier du 23 mai 2006, le Dr P_____ a encore précisé au conseil de l'assuré que son patient ne pouvait pas exercer sa profession antérieure de cuisinier, mais qu'il n'avait pas été testé dans une autre activité professionnelle. L'assuré souffrait énormément, de sorte qu'il était impossible d'envisager, en l'état, la reprise d'une autre activité. L'assuré, âgé de 46 ans, devrait être mis au bénéfice de mesures de réinsertion socio-professionnelles, quel que soit l'évolution de son état de santé. Dans un rapport médical du 29 septembre 2006 à l'attention de l'OAI, la Dresse O_____ a rappelé qu'elle avait prodigué des soins entre le 13 octobre 2003 et le 13 juillet 2004, la dernière consultation remontant au 25 octobre 2004. À l'époque, l'assuré était en incapacité de travail totale (100%) depuis septembre 2003 en raison d'un accident le 30 septembre 2003 qui avait provoqué un traumatisme du genou et de la cheville droits de même que l'apparition de lombalgies. Le diagnostic posé était une déchirure ancienne des ligaments croisés antérieurs, une arthrose fémoro-tibiale ainsi qu'une déchirure des ménisques. Le 16 octobre 2006, le Dr P_____ a rempli un rapport intermédiaire à l'attention de l'OAI. Il a rappelé que l'état de santé de son patient était resté stationnaire depuis deux ans et que l'assuré était suivi en thérapie neurale. L'incapacité de travail était toujours de 100% pour des raisons somatiques, notamment des douleurs chroniques faisaient évoquer une fibromyalgie associées à un syndrome dépressif réactionnel et des douleurs persistantes dans les deux genoux. Les troubles psychiatriques nécessiteraient une prise en charge associée à une expertise. Le pronostic était mauvais. Le 19 octobre 2006, la Dresse R_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, a constaté un dysfonctionnement du rachis et du système neurovégétatif ainsi qu'une détérioration de l'état de santé de l'assuré depuis la première intervention chirurgicale du genou droit le 18 décembre 2003. Les lésions constatées entraînaient une incapacité de travail de 100% dès le 30 septembre 2003. S'il s'avérait possible de reprendre une activité quelques mois plus tard, elle serait progressive et devrait s'adapter à la situation de rester dans la position debout ou assise. Dans un rapport du 27 octobre 2006 à l'attention de l'OAI, la Dresse S_____, spécialiste en psychiatrie, a indiqué qu'elle suivait l'assuré pour une psychothérapie depuis le 20 avril 2006. Elle diagnostiquait un épisode dépressif moyen, soit une dépression réactionnelle - suite à l'accident du 30 septembre 2003 - et des troubles somatoformes. Elle constatait que l'assuré était apathique, ralenti sur le plan psychomoteur, découragé, n'avait ni goût ni intérêt pour quoi que ce soit et qu'il verbalisait des idées hypochondriaques (le patient pensait avoir une très grave maladie, le cancer). Le pronostic était défavorable, la maladie de l'assuré ayant pris une très grande place dans son quotidien et l'empêchant de mener une vie normale. Une diminution de rendement de 100% était constatée dans sa profession antérieure, de sorte qu'il ne pourrait plus travailler en tant qu'aide cuisinier, comme il le faisait auparavant. Néanmoins, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre profession permettant un changement de position fréquent, étant précisé qu'au début, une durée d'activité de quatre heures par jour était préconisée, une diminution de rendement devant être attendue. La motivation du patient pour la reprise d'une activité professionnelle apparaissait comme faible. Dans un rapport médical du 10 novembre 2006 à l'attention de l'OAI, le Dr T_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, a diagnostiqué une arthrose et des douleurs résiduelles du genou droit, des cervico-dorso-lombalgies chroniques avec décompensation du rachis et une fibrose musculaire. L'état de l'assuré était stationnaire et des mesures médicales étaient indiquées. La diminution de rendement dans l'activité antérieure était totale mais on pouvait attendre de l'assuré qu'il exerce une profession n'exigeant pas de lui une position debout

prolongée. Il n'était pas possible d'évaluer la durée journalière d'activité mais il ne fallait pas pour autant s'attendre à une diminution de rendement dans une activité adaptée. Une amélioration de l'état de santé pouvait être raisonnablement attendue, bien qu'il n'était pas possible d'en préciser l'importance. La motivation du patient pour la reprise d'une activité professionnelle apparaissait comme bonne. Par arrêt du 29 novembre 2006, le TCAS a admis le recours du 19 mai 2005 et annulé la décision sur opposition du 4 avril 2005 ainsi que la décision du 27 mai 2004. ALLIANZ devait répondre des suites de l'accident du 30 septembre 2003 au-delà du 23 mars 2004 et ce jusqu'à une semaine après l'arthroscopie du 1^{er} février 2005. Il apparaissait, à la lecture de l'ensemble des pièces médicales, que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale, attestée par de nombreux médecins, dans l'activité de cuisinier - qui devait être mise en relation avec l'accident du 30 septembre 2003 - au-delà du 23 mars 2004, et ce jusqu'à une semaine après la deuxième arthroscopie du genou droit pratiquée le 1^{er} février 2005. Au-delà de cette date, un lien de causalité naturelle entre l'accident, somme toute de peu de gravité, et l'incapacité de travail de l'assuré pour les affections au genou droit n'entrait plus en ligne de compte. S'agissant des lombalgies, il convenait de relever qu'elles n'avaient qu'un lien de causalité possible avec l'accident et que le traitement y relatif était terminé le 5 avril 2004. Depuis cette date, aucun des médecins consultés ne faisait état de lombalgies en relation avec l'accident, de sorte que le statu quo sine vel ante était atteint environ six mois après l'accident et ne prêtait pas le flanc à la critique. Dans un nouveau rapport du 6 décembre 2006 à l'attention de l'OAI, le Dr N_____ a rappelé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il souffrait toujours de douleurs des deux genoux et de fibromyalgies depuis plus de deux ans. L'assuré a interjeté recours de droit administratif le 29 janvier 2007 auprès du Tribunal fédéral afin que soit reconnue la responsabilité de l'assureur-accidents sur la base d'une incapacité de travail de 100% postérieurement au 8 février 2005 et sans limitation de temps. Par courrier du 29 janvier 2007 adressé au conseil de l'assuré, le Dr P_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours une incapacité de travail de 100%, sans qu'il soit possible - au vu des douleurs chroniques ressenties par son patient - d'envisager la reprise d'une activité. Le 13 septembre 2007, la Dresse R_____ a établi un rapport à l'attention du conseil de l'assuré, selon lequel le traitement par injection de Procain - qui avait débuté le 19 octobre 2006 à raison d'une à trois fois par mois - complété par des traitements physiques en fasciathérapie, ostéopathie et physiothérapie avaient permis une amélioration de l'état général avec une régression de l'importance des symptômes, de sorte que la fréquence des traitements avait tendance à s'espacer. Néanmoins, malgré une évolution lentement favorable, les douleurs et dysfonctionnements des genou et cheville droits, de la région fessière et lombaire, du dos et de l'épaule droite ainsi que la paralysie faciale (en voie de récupération), gardaient un impact important sur les capacités physiques de l'assuré. Dans un rapport daté du 5 novembre 2007, le Dr U_____, médecin SMR de l'OAI a indiqué que l'assuré souffrait de céphalées occipitales de caractère quotidien et qu'il avait eu une paralysie faciale en février 2007 qui avait rapidement régressé. L'assuré avait par ailleurs été examiné en mars 2003 par le Dr V_____, spécialiste ORL à Carouge, qui avait diagnostiqué une paralysie faciale gauche périphérique, des angines virales à répétition, une hypoacousie bilatérale de perception et un probable kyste ou polype du sinus maxillaire. Au titre de l'appréciation du cas, le SMR mentionnait que l'assuré était de nationalité portugaise, âgé de 47 ans, sans formation particulière, et qu'il avait travaillé en Suisse pendant onze semaines en qualité de cuisinier. À la suite de l'accident de travail du 30 septembre 2003, il avait développé des gonalgies à droite, des douleurs à l'épaule droite, à la

cheville droite ainsi que des cervico-dorsolombalgies. Concernant plus particulièrement le genou droit, il s'agissait probablement d'une ancienne lésion du croisé antérieur survenu 20 ans plus tôt, passée inaperçue jusqu'à la survenance de l'accident. L'assuré avait développé une probable hémarthrose, après la première arthroscopie de décembre 2003, de sorte que les douleurs avaient persisté. En février 2005, l'assuré avait bénéficié d'une deuxième arthroscopie du genou droit qui avait mis en évidence des lésions cartilagineuses. Malgré un long traitement conservateur, des gonalgies persistaient à droite. Concernant la colonne vertébrale, le SMR retenait que l'assuré se plaignait d'avoir développé des douleurs après son accident de septembre 2003. Des investigations radiologiques complètes avaient mis en évidence principalement des troubles dégénératifs de la colonne dorsale avec des discopathies pluri-étagées ainsi que des discopathies lombaires avec une hernie discale L4-L5 médiane et périmédiane à gauche. Malgré un long traitement conservateur - y compris un traitement de médecine parallèle sous forme de thérapie neurale - les douleurs persistaient. Quant au genou gauche, suite à une méniscectomie partielle des deux ménisques, l'évolution avait été rapidement favorable. Concernant les douleurs au niveau de l'épaule droite, les examens radiologiques, y compris les deux IRM y relatifs, avaient mis en évidence que les tendons étaient intacts et qu'il s'agissait d'un probable conflit sous-acromial. Tous les traitements conservateurs, y compris infiltrations, s'étaient avérés inefficaces, de sorte que l'assuré gardait un déficit de la mobilité modéré. En définitive, le SMR retenait qu'après avoir examiné l'assuré, une discordance apparaissait entre les douleurs exprimées et l'examen clinique plutôt rassurant - les genoux présentaient une bonne mobilité et la colonne vertébrale présentait une mobilité satisfaisante -, de sorte qu'au titre des limitations fonctionnelles, il fallait conclure que l'assuré pouvait reprendre l'exercice d'une activité adaptée - sédentaire ou semi-sédentaire - à 100% dès le 15 avril 2005 en évitant de monter et descendre les escaliers à répétition ou de marcher en terrain irrégulier - l'activité précédente de cuisinier n'étant plus adaptée. L'assuré devait également éviter de travailler à genoux ou accroupi, penché en avant ou en porte-à-faux. Des déplacements à plat sur 1km étaient possibles de même que le port de charges inférieurs à 15kg. Dans un rapport daté du 18 janvier 2008, la Dresse W _____, médecin SMR de l'OAI a retenu que, suite à l'accident du 30 septembre 2003, l'assuré avait développé des dorsalgies chroniques, cyphose dorsale exagérée, discopathies pluriétagées et spondylarthrose débutante, lombalgies avec discarthrose modérée L4- L5 et L5-S1, status après hernie discale à gauche, gonnathrose bilatérale débutante, status après déchirure des ligaments croisés antérieurs et des deux ménisques des deux genoux, conflit sous acromial de l'épaule droite, de sorte que l'activité antérieure de cuisinier n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré depuis la survenance de l'accident. Dans ce type d'activité, la capacité de travail de l'assuré était pratiquement nulle. Elle a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr U _____, étant précisé que le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 15 avril 2005, soit deux semaines après l'intervention du genou gauche. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de troubles somatoformes, status après deux arthroscopies, posé par la Dresse S _____ ne pouvait être retenu, d'autant que la psychiatre avait établi, dans son rapport du 27 octobre 2006, que son patient pouvait travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Le 25 janvier 2008, l'OAI a rendu un projet de décision aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2004 au 31 juillet 2005. À l'appui de sa décision, l'OAI retenait que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 30 septembre 2003, cette date coïncidant avec le début du délai d'attente d'un an. Il ressortait

de l'appréciation des médecins SMR que la capacité de travail de l'assuré en tant qu'aide cuisinier était nulle en raison de l'atteinte à la santé. En revanche, rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité plus légère physiquement, dès le mois d'avril 2005, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. En procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré - soit la comparaison des revenus réalisés avec et sans invalidité -, un degré d'invalidité de 6% lui était reconnu. Ce taux était insuffisant pour maintenir le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2005. Dans un courrier du 12 février 2008 adressé au conseil de l'assuré, la Dresse S _____ a rappelé que l'état dépressif de l'assuré - qui se caractérisait notamment par une apathie, une perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, par une fatigabilité et par la verbalisation d'idées hypocondriaques - avait progressivement évolué et était toujours présent. Il s'avérait utile de dresser une expertise psychiatrique relative à l'assuré. Dans une attestation du même jour, la Dresse S _____ s'étonnait que le SMR n'ait pas retenu, dans le cadre de son rapport du 18 janvier 2008, que l'assuré se trouvait toujours dans un état dépressif moyen. Par détermination du 27 février 2008, l'assuré a contesté le projet de décision du 25 janvier 2008. Il a requis de l'OAI qu'il calcule la rente AI depuis le mois d'avril 2005 sur la base d'une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et dans une activité adaptée et qu'il ordonne des mesures de réadaptation professionnelle sous la forme d'une prise en charge médicale adéquate en vue de lui permettre de retrouver sa pleine capacité de travail. À l'appui de sa détermination, il indiquait que les rapports du SMR se fondaient sur des constatations inexactes puisque les différents médecins qu'il avait consultés avaient considéré - contrairement au SMR - qu'il était inapte au travail depuis 2003 quelle que soit l'activité considérée, au vu notamment de ses problèmes orthopédiques, psychiatriques et d'anesthésiologie. Dans un avis médical du 2 avril 2008, la Dresse A _____, médecin SMR de l'OAI a estimé que les conclusions du rapport du SMR établi le 18 janvier 2008 étaient parfaitement fiables et expliquées, de sorte que l'OAI n'avait pas à s'en écarter. Le rapport de la Dresse S _____ du 12 février 2008 qui retenait un épisode dépressif moyen ne concluait pas à une incapacité de travail liée à ce trouble psychique et n'apportait pas d'élément nouveau. Compte tenu de la présence possible d'un trouble somatoforme douloureux, un examen psychiatrique serait agencé, sans qu'il soit nécessaire d'organiser une expertise psychiatrique. Le 25 avril 2008, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique par le Dr B _____, médecin SMR de l'OAI. L'anamnèse psychiatrique permettait de constater une symptomatologie dépressive apparaissant en janvier 2006, ce qui avait motivé l'introduction d'un traitement médicamenteux à l'Efexor, dès mars 2006. Grâce à celui-ci, l'assuré avait ressenti une amélioration de sa volonté, de la force pour faire face à la situation et une stabilité émotionnelle, trois mois après l'introduction du traitement, de même qu'une stabilisation de l'état de santé psychique trois à quatre mois après le début du traitement chez la Dresse S _____ (août 2006), de sorte que dès juillet 2006, une diminution du traitement de moitié avait été décidée sans que l'état de santé psychique ne se péjore. Le SMR concluait donc que l'épisode dépressif d'intensité moyenne - avec syndrome somatique - qu'avait présenté l'assuré n'était pas à l'origine d'une atteinte à la santé mentale et n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de longue durée. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait plus de limitation fonctionnelle, de sorte que si une incapacité de travail devait effectivement être retenue à partir de janvier 2006, la capacité de travail exigible était de 100% dès août 2006. Dans un nouvel avis médical du 6 juin 2008, la Dresse A _____ a établi que le rapport clinique du 3 juin 2008 - consécutif à l'examen psychiatrique du 25 avril 2008 - n'avait pas mis en évidence une maladie psychiatrique

incapacitante. Le médecin examinateur n'avait d'ailleurs pas diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme. Il y avait certes quelques troubles compatibles avec une humeur dépressive d'accompagnement au syndrome douloureux, de sorte qu'il fallait admettre que l'assuré avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique de janvier à août 2006, mais en raison de la rémission complète de celui-ci, l'assuré présentait une pleine capacité de travail exigible sur le plan psychique et somatique, dès septembre 2006. La Dresse A_____ retenait donc, en complément au rapport du SMR du 18 janvier 2008, que l'assuré présentait une capacité de travail exigible totale du 15 avril 2005 au 31 décembre 2005, puis dès le 1^{er} septembre 2006 dans toute activité adaptée. Par arrêt du 23 juin 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours de droit administratif, annulé l'arrêt du TCAS du 29 novembre 2006 ainsi que la décision sur opposition d'ALLIANZ du 4 avril 2005 et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'était pas établi que les suites de l'accident du 30 septembre 2003 ne jouaient plus de rôle dans l'état de santé de l'assuré dès le 8 février 2005. La documentation médicale qui figurait au dossier n'apparaissait pas suffisante pour permettre de trancher de façon sûre la question litigieuse, à savoir si et, le cas échéant, à compter de quelle date ALLIANZ était fondée à supprimer le droit de l'assuré aux prestations pour les suites de l'accident du 30 septembre 2003. Au regard de la complexité du cas - les symptômes présentés par l'assuré s'intégraient notamment dans un tableau clinique plus diffus, comprenant des douleurs du rachis ou de l'épaule - et de l'imprécision des données médicales recueillies, il s'imposait de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale. Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a admis le droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1^{er} janvier au 30 novembre 2006, vu notamment l'aggravation momentanée de la capacité de travail résiduelle de l'assuré du mois de janvier à fin août 2006, en raison de l'épisode dépressif d'intensité moyenne. Le 15 septembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, concluant notamment à son annulation et à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire en orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie. À l'appui de son recours, l'assuré a exposé que l'examen du SMR paraissait très superficiel, qu'il reposait sur des constatations fausses et était notamment en contradiction avec les rapports des Drs P_____ et N_____. D'un point de vue orthopédique, il ressortait des divers rapports médicaux qu'il était inapte au travail à 100% depuis 2003 aussi bien dans l'activité antérieure que dans une activité adaptée. D'un point de vue psychiatrique, la Dresse S_____ avait retenu, le 12 février 2008, que son patient était toujours dans un état dépressif qui évoluait progressivement depuis le 20 avril 2006. Le SMR n'avait pas pris en considération ce rapport, bien qu'il fasse partie intégrante du dossier invalidité et n'avait fait mention que de troubles somatoformes, alors que l'assuré était soigné pour un état dépressif. Or, la psychiatre s'était montrée plutôt alarmante puisqu'elle estimait que l'état de son patient ne s'améliorait pas mais s'aggravait, de sorte que la constatation du SMR selon laquelle la Dresse S_____ aurait admis que son état de santé se serait amélioré dès le mois d'août 2006 tiendrait de l'arbitraire et ne reposerait sur aucune constatation médicale. D'un point de vue de l'anesthésiologie, les Drs T_____ et F_____ avaient établi que les dysfonctionnements concernant des zones diffuses de l'assuré (rachis, épaule et dysfonctionnement du système neurovégétatif) pouvaient s'expliquer par les nombreuses anesthésies. Or, le SMR n'avait pas abordé ce point dans son rapport. Par conséquent, les rapports du SMR manquaient d'objectivité et ne pouvaient être considérés comme des conclusions médicales claires, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée. Dans sa détermination du 14 octobre 2008,

l'intimé a annoncé qu'il ne pouvait répondre au recours au motif que le certificat médical établi par la Dresse S _____ le 12 février 2008, et dont se prévalait le recourant, était illisible, de sorte qu'il fallait inviter le médecin précité à produire des conclusions lisibles, avant qu'il ne puisse se déterminer sur l'objet du litige. Le 1^{er} novembre 2008, la Dresse S _____ a établi un certificat médical relatif au recourant à l'attention du conseil de celui-ci. Il ressortait de ce rapport que l'état psychique actuel du recourant se caractérisait par une humeur dépressive, une diminution de l'attention et de la concentration, ainsi que de l'intérêt et du plaisir, et par une augmentation de la fatigabilité. Le recourant verbalisait une diminution de l'estime de soi, des idées de dévalorisation ainsi que du pessimisme par rapport à son avenir. Des idées d'allure délirantes étaient de plus en plus présentes lors des entretiens, le recourant évoquant l'existence d'une présence étrange dans son corps. De l'avis de la Dresse S _____, le recourant avait épuisé toutes ses ressources pour faire face à la maladie et verbalisait de plus en plus souvent des idées liées à la mort, de sorte qu'il fallait conclure que l'état psychique du recourant se péjorait. Malgré un traitement adéquat, il n'avait pas été possible d'obtenir de résultats thérapeutiques satisfaisants, étant précisé que dans les comorbidités, en cas de dépression, la rémission était parfois difficile à obtenir. Le traitement devait continuer. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 26 novembre 2008, le recourant a déclaré que l'expertise ordonnée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 23 juin 2008, n'avait pas débuté, le contenu de la mission de l'expert n'ayant pas pu être tranché d'entente avec ALLIANZ. D'accord entre le recourant et l'OAI, le TCAS a suspendu l'instruction de la cause dans l'attente de ce rapport d'expertise, par ordonnance du même jour. Dans un courrier du 6 novembre 2009, la Dresse S _____ a précisé que l'état dépressif avait évolué progressivement depuis la première intervention chirurgicale en décembre 2003. Elle a rappelé que son patient avait notamment tendance à se dévaloriser, qu'il verbalisait des idées hypocondriaques et qu'il s'avérait nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique. Par ordonnance du 27 novembre 2009, le TCAS a repris l'instruction de la cause et a octroyé un délai aux parties pour se déterminer sur la suite de la procédure. Par courrier du 15 décembre 2009, le recourant a indiqué qu'il avait interjeté recours auprès du TCAS contre le refus d'ALLIANZ de procéder à la mise sur pied d'une expertise pour déterminer les séquelles de l'accident dont il avait été victime en septembre 2003. Il s'en rapportait à l'appréciation du TCAS quant à l'opportunité d'ordonner une nouvelle expertise sur ce point ou de surseoir à statuer jusqu'à droit jugé sur l'expertise sollicitée dans le litige l'opposant à ALLIANZ. De son côté, l'OAI a indiqué être toujours dans l'attente du rapport d'expertise qui avait donné lieu à la suspension de la cause lors de l'audience du 26 novembre 2008. Par ordonnance du 18 janvier 2010, le TCAS a à nouveau suspendu l'instruction de la cause et la Cour de céans l'a reprise le 20 janvier 2011, fixant un délai aux parties pour se déterminer sur la suite de la procédure. Le 27 août 2010, le Dr é, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu son expertise concernant l'assuré, dans le cadre du litige l'opposant à ALLIANZ. Il ressortait notamment de ce rapport d'expertise que les atteintes à la santé - au genou droit, après l'arthroscopie du 1^{er} février 2005 - n'étaient pas une conséquence directe de l'événement du 30 septembre 2003, mais plutôt celle d'un état antérieur préexistant majeur - soit vraisemblablement une déchirure complète du LCA dès avant l'événement du 30 septembre 2003. Sur le plan strictement orthopédique, les atteintes constatées objectivement au genou droit ou au rachis lombaire contre-indiquaient la poursuite de la profession de cuisinier, cette dernière s'exerçant essentiellement en position debout et en flexion antérieure du tronc, de sorte que l'activité antérieure n'était plus adaptée dès l'accident du 30 septembre 2003. Un reclassement

professionnel, tel que préconisé par le Dr M _____, dans une activité semi-assise, sans port de charges et sans déplacements trop fréquents, aurait été une bonne solution, le patient étant en mesure d'effectuer une activité assise avec possibilité d'alterner la position, telle que de la petite mécanique, de l'horlogerie ou du contrôle en usine. Cependant, le contexte actuel dans lequel s'inscrivait l'assuré, soit l'existence de troubles psycho-sociaux, ainsi que le long délai d'inactivité - de 7 ans - rendaient illusoire la probabilité que le recourant retrouve une capacité de travail au moins partielle dans une activité quelconque. Par courrier du 31 janvier 2011, l'OAI a demandé la production du rapport d'expertise - du Dr G _____ - diligentée par ALLIANZ, pour autant qu'elle ait eu lieu. Le recourant a présenté des conclusions motivées le 8 février 2011 concluant à l'annulation de la décision de l'OAI du 24 juillet 2008, à l'audition du Dr R _____ et à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire de trois experts indépendants et spécialistes en orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie. À l'appui de ses conclusions, il se prévalait des rapports des Drs T _____, R _____, P _____, H _____ et N _____ selon lesquels les douleurs avaient un substrat organique provoqué par la multiplicité des anesthésies pratiquées et les complications qui avaient suivi la première intervention chirurgicale de décembre 2003. Il estimait que les constatations de l'expert G _____ - selon lesquelles le recourant ne subissait aucune diminution de sa capacité de travail dans son activité de cuisinier et qu'un reclassement professionnel dans une activité semi assise, sans port de charges et sans déplacements trop fréquents, serait la bonne solution, de sorte qu'il ne découlait aucune invalidité suite à l'accident du 30 septembre 2003 - n'avaient pas valeur probante dans la mesure où elles ne remplissaient pas les critères requis par la jurisprudence pour qu'elles puissent être retenues comme telles. L'expertise retenait notamment - à tort selon le recourant - qu'avant l'accident du 30 septembre 2003, l'assuré n'avait plus de ligaments croisés antérieurs, suite à un accident survenu au Portugal en 1980. Or le Dr I _____, spécialiste en radiologie, avait établi que la suppression du ligament croisé antérieur avait été provoquée par la première arthroscopie du genou droit effectuée le 18 décembre 2003. De plus, l'atteinte à la santé psychique n'avait pas été examinée - l'expert retenant un état dépressif sans en expliquer les conséquences sur la capacité de travail du recourant - de même que les lésions résultant des trois interventions chirurgicales effectuées le 18 décembre 2003, le 1^{er} février et le 29 mars 2005, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée. Dans sa détermination du 3 mars 2011, l'intimé a conclu à ce que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire en orthopédie, rhumatologie et psychiatrie pour pouvoir se déterminer sur la capacité de travail résiduelle fonctionnelle du recourant. L'OAI se basait sur le rapport établi par le SMR le même jour, selon lequel, dans la procédure de recours, il y avait deux avis médicaux de la Dresse S _____ du 1^{er} novembre 2008 et 6 novembre 2009 mentionnant une aggravation de l'état psychique du recourant avec présence parfois d'idées délirantes et hypochondriaques. Or, bien que l'expertise réalisée par le Dr G _____ à la demande d'ALLIANZ était extrêmement fouillée sur le plan orthopédique, elle ne se prononçait pas d'une manière globale sur la capacité de travail du recourant - l'aspect psychiatrique n'étant manifestement pas traité -, de sorte qu'il s'avérait impossible de déterminer l'évolution de l'état de santé globale du patient depuis le rapport du SMR du 6 juin 2008. Sur quoi la cause a été gardée à juger par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, d'un point de vue matériel, le recourant a présenté une incapacité de travail durable dès le 30 septembre 2003. Dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, elle est applicable de même que les dispositions de la 4^{ème} révision de la LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 et celles consécutives à la 5^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, le cas échéant (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2 ; 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 ; 129 V 4 consid. 1.2; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 15 septembre 2008 contre une décision datée du 24 juillet 2008, étant précisé que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA). Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité dans le temps le droit du recourant à une rente entière d'invalidité - du 1^{er} septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1^{er} janvier au 30 novembre 2006 -, singulièrement si l'intimé a justement considéré qu'entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2005, puis à partir du 1^{er} décembre 2006 le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est

une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; ATF 105 V 207 consid. 2). c) S'agissant du droit à une rente, l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 p. 166; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). A partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé dans son cas (ATFA non publié I 3767/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Plaidoyer 2002 N° 4 p. 64, consid. 2b). Si les avis des experts ne reposent que sur des hypothèses et non sur des constatations objectives, sans que les médecins ne se prononcent concrètement sur une diminution de la capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychique, leur avis ne peut emporter la conviction. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b). e) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge 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 consid. 4 et les références). b)

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). c) Au sujet 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 (ATFA non publié I 39/03 du 14 avril 2003, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit 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 exposés précédemment (ATFA non publié I 938/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne

sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF non publié 9C_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 3.2.1 ; ATF non publié 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). En l'espèce, sous la plume de son conseil, le recourant allègue, en se basant notamment sur les rapports des Drs P_____, N_____, S_____, R_____ et T_____ que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité antérieure que dans toute activité depuis la survenance de l'accident le 30 septembre 2003, alors que l'intimé retient - en s'appuyant sur les rapports des médecins SMR - que s'il faut admettre que la capacité de travail était nulle entre les 1^{er} septembre 2004 et 31 juillet 2005 puis entre le 1^{er} janvier et le 30 novembre 2006, elle était entière dans une activité adaptée entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2005 puis à partir du 1^{er} décembre 2006. D'un point de vue psychiatrique, il ressort des divers rapports médicaux que le recourant souffre depuis le début de l'année 2006 - vraisemblablement - d'une dépression moyenne, consécutive à l'accident du 30 septembre 2003. À ce titre, la Dresse S_____, dans son rapport du 27 octobre 2006 à l'attention de l'OAI, indiquait plus précisément, qu'ayant suivi son patient depuis le 20 avril 2006, elle avait pu poser un pronostic défavorable, constatant chez le recourant des troubles somatoformes, de l'apathie, un profond désintérêt ainsi que la verbalisation d'idées hypochondriaques. Dans un nouveau rapport du 12 février 2008, elle indiquait que l'état dépressif dans lequel se trouvait son patient était toujours présent et avait progressivement évolué, de sorte qu'il s'avérait utile d'établir une expertise, pour notamment déterminer les limitations fonctionnelles consécutives à la dépression. Du point de vue du SMR par contre, l'épisode dépressif qu'avait présenté le recourant s'était stabilisé trois à quatre mois après le début de la prise de traitement médicamenteux, soit dès le mois d'août 2006, de sorte que l'état de santé psychique du recourant n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail dès cette date et que les troubles somatoformes ne devaient pas être retenus. Dans deux nouveaux rapports des 1^{er} novembre 2008 et 6 novembre 2009, postérieurs à la décision litigieuse, la Dresse S_____ avait constaté une aggravation de l'état psychique de son patient, sans pour autant que l'OAI n'estime nécessaire de mettre sur pied une expertise. Force est de constater que, sur le plan psychiatrique, les conclusions médicales sont diamétralement opposées sans qu'il soit possible, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'évaluer pourquoi un avis médical emporterait la conviction de la Cour de céans, plutôt qu'un autre. Il en va de même sur le plan orthopédique où il faut admettre que des rapports faisant état de constatations pour le moins contradictoires figurent au dossier. En effet, bien que de nombreux rapports et certificats médicaux attestent de l'aggravation de l'état de santé du patient après les arthroscopies de décembre 2003 et février 2005 - notamment la déclaration du Dr N_____ du 17 mai 2006 selon laquelle en hiver 2006, le recourant n'était toujours pas en mesure de reprendre le travail - les médecins SMR s'accordent à dire que l'accident du 30 septembre 2003 n'a engendré aucune limitation fonctionnelle dans une activité adaptée, de sorte que le recourant aurait pu reprendre le travail dès le mois d'avril 2005. Quant à l'expertise du Dr G_____, s'il faut admettre, à l'instar de l'intimé, qu'elle est extrêmement fouillée sur le plan orthopédique, elle se base sur les règles applicables dans le domaine de l'assurance-accidents, de sorte que l'appréciation de l'expert ne saurait être déterminante en matière d'assurance-invalidité, ou tous les troubles doivent être analysés dans leur globalité, pour pouvoir déterminer le droit à une

rente. Quant aux spécialistes en anesthésiologie et thérapie neurale enfin, à savoir, les Drs T _____ et R _____, ils ont tous deux objectivé des douleurs et dysfonctionnements du genou droit, du rachis et du système neurovégétatif ainsi qu'une détérioration de l'état de santé du recourant. Ces constatations médicales n'ont pas été investiguées à satisfaction de droit par l'intimé; l'analyse de ces points ne ressortant pas des rapports rendus par les médecins SMR. La Cour de céans est d'avis que les divergences de vues constatées ne peuvent simplement être résolues en accordant la prééminence à un avis médical plutôt qu'à un autre. Sur le fond, la Cour ne se trouve donc pas en mesure de juger la cause, eu égard aux discordances constatées entre les différents rapports médicaux. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). b) Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'occurrence, la documentation médicale qui figure au dossier fait état de nombreuses contradictions sans qu'il soit possible de trancher de façon sûre la question litigieuse de savoir si et, le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit du recourant à des prestations AI pour les suites de l'accident du 30 septembre 2003. Au regard de la complexité du cas, il s'impose de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il sied d'ailleurs de relever que, dans leurs dernières écritures, les parties se sont accordées sur ce point, au vu notamment de leurs positions diamétralement opposées et des questions médicales restées en suspens. Dans la mesure où il ressort des pièces versées au dossier que l'intimé a pris le parti de rendre une décision sans pour autant élucider des faits primordiaux et n'a, de fait, pas satisfait à la maxime inquisitoire, il lui incombera de mettre en œuvre ladite expertise pluridisciplinaire. En effet, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives. En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire et qu'il rende une nouvelle décision. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1 er

juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'intimé du 24 juillet 2008 au sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens . Condamne l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.