

GE_GERICHTE A/3360/2008 vom 13. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3360_2008

FR: GE_GERICHTE A/3360/2008 du 13 janvier 2011

IT: GE_GERICHTE A/3360/2008 del 13 gennaio 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.01.2011
A/3360/2008

A/3360/2008 ATAS/66/2011 du 13.01.2011 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 15.03.2011, rendu le 09.12.2011, ADMIS, 9C_181/2011 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3360/2008 ATAS/66/2011 ARRET DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 13 janvier 2011 8ème Chambre En la cause Monsieur O _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur O _____ (ci-après le recourant ou l'assuré), né en 1952, a exercé la profession de déménageur-emballeur depuis le 3 janvier 1992. Le 23 mars 1993, le recourant a subi une arthroscopie à la suite d'une entorse au genou droit. Il a été en mesure reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 1 er juin 1993. Le 8 octobre 1993, le recourant a été victime d'une chute sur son lieu de travail. Cet accident a été suivi de plusieurs autres accidents et rechutes. Il souffre depuis lors de problèmes du dos et des genoux. Le 13 mars 1998, le recourant a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI). Dans un certificat du 23 septembre 1999, le Dr. A _____, FMH médecine interne, maladies rhumatismales, indique que le recourant était totalement incapable de travailler et pose le diagnostic suivant :
épanchement chronique douloureux du genou G status après ménisectomie (1988) et réinterventions multiples puis ostéotomie de valgisation (1993) lombalgies chroniques modérés Un stage de reclassement professionnel dans le domaine de gainerie a été entrepris par le recourant, dès le 22 mai 2000, ce qui lui a permis d'être engagé comme aide-gainier auprès de l'entreprise X _____ SA. Il ressort d'un rapport établi, le 8 janvier 2002, après examen par le Dr. B _____, médecin d'arrondissement de la CNA et chirurgien orthopédiste et évoqué par le Tribunal administratif dans le cadre d'un recours de Monsieur O _____ contre de la décision de la CNA du 17 janvier 2003, que l'activité d'aide-gainier réalisée par M. O _____ s'exerce, en position assise uniquement, 5 heures par jour au plus car cette position stationnaire ne peut être supportée plus longtemps non pas tant en raison de douleurs au genou gauche que des lombalgies qu'elle occasionne et dont il a été dit ci-dessus qu'elles étaient d'origine dégénérative, sans lien aucun avec l'accident. Par décision du 12 avril 2002, l'OAI a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité sur la base d'un taux de 56% dès le 1 er octobre 2001. Dans un certificat du 8 mai 2002, le Dr. B _____, spécialiste FMH en médecine interne, indique notamment : « M. O _____ a suivi des cours de réinsertion qui lui ont permis de travailler à 50% dans une entreprise et ceci depuis 2 ans. Il a déjà essayé de travailler davantage ce qui s'est soldé par 2 échecs. Son employeur actuel est parfaitement satisfait des prestations de M. O _____ mais se rend bien compte qu'il n'est pas possible

d'aller plus loin. M. O _____ reçoit un communiqué de l'assurance invalidité l'invitant à travailler à 75%, ce qui est purement et simplement impossible. Le patient consulte régulièrement et suit son traitement scrupuleusement ... Personnellement je pense que l'état physique de ce patient justifie une invalidité bien supérieure à celle qui lui est proposée actuellement et que c'est pour ma part presque un miracle de le voir pouvoir tenir son poste de travail à 50% compte tenu des souffrances et du mal-être que cela lui procure le reste du temps. » Le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédiste, indique, dans un certificat du 10 mai 2002 : « Le médecin soussigné certifie que Monsieur O _____ est atteint d'une arthrose post-traumatique sévère du genou gauche avec épanchements intermittents. La capacité physique du patient s'est considérablement réduite ces dernières années et sa capacité de travail ne dépasse pas 50% depuis le 27 septembre 2001. Il est très probable que cette capacité ne pourra que diminuer à l'avenir. » Par acte du 13 mai 2002, l'assuré a recouru contre la décision du 12 avril 2002 en concluant à l'annulation de cette décision, à ce que son taux d'invalidité soit fixé à 70,5 %, à ce qu'une rente entière lui soit accordée et à l'octroi de dépens. Par arrêt du 12 octobre 2004, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision des 12 avril et 13 septembre 2002 et invité l'OAI à rendre une nouvelle décision accordant une rente d'invalidité entière au recourant. L'OAI a interjeté un recours de droit administratif contre cet arrêt, au Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), en requérant l'annulation du jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 12 octobre 2004 et en demandant principalement la confirmation des décisions des 12 avril et 13 septembre 2002. A titre subsidiaire, l'OAI conclut à ce que la rente de l'assuré soit fixée en regard du degré d'invalidité retenu par l'assureur-accidents. Le 20 octobre 2005, le Professeur D _____, médecin orthopédiste FMH, confirme le diagnostic de gonarthrose bilatérale. Le 9 février 2006, le recourant est hospitalisé pour l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche. Le recourant est en incapacité de travail totale jusqu'à fin août 2006. Dans un arrêt du 24 mars 2006, le TFA a retenu : « Il est médicalement établi que l'intimé [M. O _____] souffre de douleurs dégénératives aux genoux entraînant une incapacité totale de travail dans le métier de déménageur-emballeur ... Dans un rapport du 23 septembre 1999, le docteur A _____ diagnostique en outre des lombalgies chroniques modérées et décrit comme adapté à l'état de santé de l'intimé, l'exercice d'une activité lucrative dépourvue de tout port de charge sur le genou gauche et sur le dos. En l'occurrence, le métier d'aide-gainier a été considéré comme adapté à l'état de santé de l'assuré. Cependant le docteur B _____ [médecin d'arrondissement de la CNA et chirurgien orthopédiste] considère l'exercice de cette activité comme étant raisonnablement exigible de l'assuré à raison de cinq heures par jour (rapport du 8 janvier 2002 – non produit au dossier – cf. jugement du 24 août 2004 du Tribunal administratif de la République et canton de Genève dans la cause opposant l'intimé à la CNA, considérant 9 p.7) et non pas 75 % comme retenu par le CIP et la Division de la réadaptation professionnelle. » Sur quoi, le TFA a admis le recours et renvoyé la cause à l'Office cantonal AI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Suite à cet arrêt du TFA, l'OAI a confié une expertise au Dr E _____, FMH chirurgie orthopédique, dont le rapport a été rendu le 10 octobre 2006. Le Dr E _____ pose les diagnostics orthopédiques suivants : Gonarthrose droite modérée, touchant essentiellement le compartiment fémoro- tibial interne. Status 13 ans après arthroscopie du genou droit pour toilette articulaire. Status 12 ans après ménisectomie postéro-interne du genou gauche. Status 11 ans après complément de ménisectomie postéro-interne du genou gauche. Status 9 ans après ostéotomie de valgisation du tibia

proximal gauche pour gonarthrose. Status 8 mois après arthroplastie totale du genou gauche. Discopathies modérées D12-L1, L1-2 et débutante au niveau L3-4 avec arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 Le Dr E_____ précise « la capacité de travail, dans l'activité de aide-gainier, devrait atteindre 80-85%. Il en sera de même pour toute autre activité sédentaire équivalente (bureau, chaîne de montage maniant des objets légers, emballage, ainsi que pour le métier de surveillant de garage ou de réceptionniste) Le 15-20% restant étant donc consacré à des pauses horaires régulières (pour repos et/ou dérouillage des genoux), ou à une pause prolongées à la mi-journée, voire encore à une journée de travail raccourcie. Cette appréciation ne devrait pas se modifier de manière substantielle en cas de chirurgie complémentaire (ostéotomie ou prothèse) au niveau du genou gauche. En revanche, l'ancienne activité de déménageur reste et restera incompatible avec l'état de santé du patient. » Répondant aux questions, le Dr E_____ confirme une capacité résiduelle de 80-85% et une diminution de rendement de l'ordre de 15-20%. Le rapport d'expertise du Dr E_____ a été soumis au SMR qui relève dans un rapport d'examen du 29 novembre 2006 « L'expert, après examen consciencieux et exhaustif de l'assuré, parvient à la conclusion de sa capacité de travail dans son travail antérieur de déménageur est et demeure nulle depuis l'automne 1997, mais qu'elle est de 80, voire 85% dans l'activité d'aide-gainier. Pour autant que son établi soit aménagé pour permettre à l'assuré d'allonger les jambes sous tout son pourtour. Une perte de rendement de l'ordre de 15 à 20% est à prendre en compte en raison des temps de pause nécessaires et de la mobilité diminuée de l'assuré. » Le SMR conclut à une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. Un rapport de l'Institut d'imagerie médicale du 19 octobre 2006 fait état que le recourant souffre notamment de : Asymétrie de longueur en défaveur du membre inférieur droit de 1 cm. Minime discopathie L1-L2 avec arthrose des articulaires postérieurs L5-S1. Nous retrouvons un status post prothèse totale du genou gauche, sans signe de descellement. Discrets signes de gonarthrose du compartiment fémoro-tibial interne droit. Afin de connaître l'évolution des capacités de travail résiduelles et les limitations fonctionnelles qui ont été présentées par l'assuré entre 1997 et son opération de prothèse de genou en 2006, pour déterminer si le taux d'invalidité a évolué entre temps, le SMR a interpellé le Dr E_____. Par courrier du 5 février 2007, ce dernier répond, en faisant référence à son rapport d'expertise du 10 octobre 2006 « j'ai donc retenu une capacité de travail de l'ordre de 80-85% dans le métier d'aide-gainier, voire dans toute activité sédentaire équivalente (bureau, chaîne de montage, emballage, etc...). Ce taux d'activité peut être mis en œuvre après adaptation ergonomique de la place de travail. Cette activité limite donc au strict minimum les contraintes sur les genoux de ce patient. Dès lors, je n'ai pas d'argument pour prononcer une capacité de travail différente pour la période allant de janvier 1997 (ostéotomie du tibia) à février 2006 (PTG), hormis, bien entendu, les périodes d'incapacité de travail relatives aux suites post-opératoires (pour l'ostéotomie et pour l'AMO qui a suivi une année après). En effet, je pense que les limitations fonctionnelles durant cette période, dans le cadre du métier précité, ne sont pas sensiblement différentes de celles constatées actuellement. » A l'occasion d'un avis médical du 27 février 2007, le SMR relève que « Le fait que l'employeur annonce que l'assuré travaille sans aménagement de son poste de travail (et ne le demande pas) et qu'il est prêt à lui proposer un engagement à un taux supérieur ne change rien aux conclusions médicales basées sur l'expertise du Dr. E_____ qui évalue la capacité de travail résiduelle au plan médico-théorique et tout dépassement de ces taux d'activité ou le non aménagement du poste sont des facteurs qui entrent dans le cadre d'un travail se situant, théoriquement,

au-delà des forces de l'assuré qui, s'il l'accepte, prend ses responsabilités. » Suite à un IRM effectué le 5 mars 2007, le Dr F _____, médecin radiologue FMH, a conclu à «Gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire associée à des fissurations du cartilage de la zone de charge de l'articulation fémoro-tibiale interne, et de la partie plus médiale du cartilage rétro-patellaire ainsi que du cartilage de la trochlée. Déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne s'étendant au niveau du corps. Mise en évidence d'une languette méniscale luxée dans le récessus ménisco-fémoral médial. Epanchement intra-articulaire important, sans signe de Baker. Petit lipome arborescent retrouvé au niveau de la partie latérale du cul-de-sac sous-quadricipital. » Suite à la réponse du Dr E _____ notamment, le SMR confirme, en date du 13 mars 2007, que l'assuré présente : une capacité de travail résiduelle de 0% dans son ancienne profession depuis 1997 une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée dès fin décembre 1997 l'activité exercée actuelle comme aide-gainier (suite à la réadaptation de l'assuré par l'AI) est entièrement adaptée et un taux de 80% dans cette profession est exigible. Le rapport de réadaptation professionnelle du 13 mars 2007 conclut que pour la mise en valeur de la capacité de travail raisonnablement exigible de 80%, d'autres mesures professionnelles ne sont pas nécessaires. Le 5 juin 2007, le recourant a subi une arthroscopie totale du genou droit à la suite d'une déchirure du ménisque interne. Il fut en incapacité de travail totale jusqu'à fin juin 2007. Dès le 1^{er} juillet 2007, il a repris son activité à 50%. Dans un rapport du 18 décembre 2007, le Professeur D _____ relève notamment : « Douleurs multiples du dos, du membre supérieur droit et des deux genoux. Limitation fonctionnelle du genou gauche après prothèse totale et douleurs du genou droit après chirurgie arthroscopique de juin 2007. Ce patient travaille actuellement à 50% dans une profession qui est manifestement trop lourde pour lui. Une solution médicale n'est pas à même de modifier cette surcharge. » Le 5 juin 2008, le Professeur D _____ confirme : « Le résultat actuel n'est pas encore satisfaisant. Au genou droit, le patient présente une gonarthrose et la méniscectomie interne n'a réglé qu'une partie du problème. Par ailleurs, ce patient souffre de divers syndromes douloureux du rachis et de l'épaule droite ainsi que du coude droit. Dans ces conditions, il nous paraît illusoire d'envisager une capacité de travail excédant 50%. » L'OAI a notifié, en date du 9 août 2007, un projet de décision qui indiquait notamment que « la demi-rente qui était versée jusqu'ici est remplacée par un quart de rente ». Par courrier du 13 septembre 2007, le recourant relève en particulier qu'il a bien tenté et à plusieurs reprises de travailler davantage qu'à 50% mais chaque tentative s'est soldée par un échec. Il a dû malheureusement se rendre à l'évidence qu'en raison de douleurs, de limitations fonctionnelles, de l'impossibilité de maintenir durablement certaines positions, c'était impossible. Complétant son courrier du 13 septembre 2007, le recourant relève notamment, en date du 15 octobre 2007, que le projet de décision qui repose sur une expertise du Dr. E _____, datée du 10 octobre 2006, ne tient aucun compte d'une arthroplastie du genou droit réalisée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) par le Professeur D _____, le 5 juin 2007, et de ses conséquences d'une part et d'autre part qu'à teneur du rapport du Dr. E _____, l'activité à 80% (contestée par le recourant) ne pourrait être effectuée que moyennant une perte de rendement de 15 à 20%, ce qui aboutirait à une capacité résiduelle de 64% (soit 80% x 80%). Enfin le recourant insiste sur le fait que les constatations du Dr. E _____, sur lesquelles se fonde le projet de décision de l'OAI, sont contredites notamment par les conclusions des Drs. C _____, B _____ et A _____ qui s'accordent à dire que le recourant conserve tout au plus une capacité résiduelle de travail de 50% dans une

activité adaptée. Par décision du 19 août 2008, l'OAI a remplacé la demi-rente allouée jusqu'alors au recourant par un quart de rente. L'OAI précise, à cette occasion, qu'en procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain du recourant, cet Office arrive à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 47%. En effet, l'OAI a pris en considération un revenu annuel professionnel raisonnablement exigible, sans invalidité de 67'134 fr. ; avec invalidité de 35'490 fr. donc une perte de gain de 31'644 fr. soit un degré d'invalidité de 47.00%. Cette évaluation de l'invalidité et, en particulier, les montants pris en considération n'ont pas été contestés par le recourant. Par acte du 18 septembre 2008, Monsieur O _____ a recouru contre la décision du 19 août 2008. Le recourant concluait préalablement à l'audition des Drs. C _____ et B _____ ainsi que du Professeur D _____, principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 19 août 2008, à l'octroi au recourant d'une rente d'invalidité de 50% pour une durée indéterminée et à la condamnation de l'OAI aux dépens. Répondant au recours, en date du 16 octobre 2008, l'OAI rappelle que sa position est fondée, médicalement parlant, sur une expertise médicale réalisée par le Dr. E _____, cet examen remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante et que dès lors l'Office était légitimé à se fonder sur les conclusions de cette expertise. Au sujet des documents médicaux produits postérieurement à l'expertise du Dr. E _____ et émanant du Prof. D _____, l'OAI constate qu'ils ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions étayées et motivées par l'expert. En outre, dans un avis médical du 30 juin 2008, le SMR relève que le Dr. D _____ est très laconique, se contentant de poser un diagnostic, parlant de divers syndromes douloureux sans préciser de quoi il s'agit, ne décrivant pas le status et fixant un taux de 50% de capacité de travail sans le justifier médicalement. L'OAI estime que la situation médicale du recourant a été parfaitement élucidée, tous les problèmes de santé ayant été pris en considération pour fixer l'exigibilité médicale. Par conséquent, les arguments soulevés en instance de recours ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. De son côté, la SUVA a, par décision du 11 novembre 2008, alloué au recourant une rente d'invalidité sur une incapacité de 41% en raison des séquelles de l'accident du 8 octobre 1993. Cette position de la SUVA a été confirmée par arrêt du Tribunal administratif du 24 août 2004. A l'occasion d'un rapport médical du 18 juin 2009, le Dr C _____ relève que n'ayant plus jamais revu le patient, il lui est difficile de se prononcer sur sa capacité de travail exigible mais, en toute logique, elle doit être plutôt moindre que la capacité de travail d'avant la prothèse du genou. Quant à l'expertise du Dr E _____ qui décrit une capacité résiduelle de travail de 80 à 85% et une diminution de rendement de 15 à 20%, cela lui semble bien optimiste pour deux genoux qui restent douloureux avec des lombalgies surajoutées. Poursuivant l'instruction du dossier, le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties ainsi que des enquêtes. Entendu en audience du 18 mars 2010, le recourant précise « la chaîne de montage dont j'ai parlé est constituée par une équipe de 3 ou 4 collaborateurs qui doivent réaliser un certain nombre de pièces, ce qui engendre une pression et un stress. Je travaille également sur une machine qui sert à couper le cuir et ce, dans une position de côté, ce qui engendre en particulier des douleurs dans le dos. » De plus, au sujet d'une proposition d'adaptation du poste de travail dont il est fait état dans le rapport du Service de réadaptation du 13 mars 2007, le recourant relève « J'ai toujours discuté avec un représentant de l'OAI dans le bureau de Madame P _____ en présence de cette dernière et de ma cheffe, mais il n'a jamais été question de prendre des mesures relatives à l'adaptation de mon poste de travail. J'ai commencé à travailler à 50 %

en 2001. Je conteste les mentions faites dans le rapport de réadaptation professionnelle du 13 mars 2007 concernant le fait que je n'aurais pas réagi aux propositions faites par l'OAI qui devaient être transmises par les Ressources humaines. » Interrogé lors de cette même audience du 18 mars 2010, le Professeur D _____ relève que, le 9 février 2006, il a pratiqué une implantation d'une prothèse totale du genou gauche ainsi qu'une arthroscopie du genou droit, en date du 5 juin 2007. Il n'est en revanche pas intervenu pour les syndromes douloureux du rachis et de l'épaule droite ainsi que du coude droit. Ces syndromes ont été traités par le Dr. A _____, médecin rhumatologue. Le Professeur D _____ précise « Compte tenu des pathologies énumérées dans le rapport d'expertise du Dr E _____ en page 8 (3ème §), je considère que le taux de 80 % retenu comme capacité résiduelle de travail n'est, à mon sens, pas envisageable. J'insiste sur le fait qu'une activité supérieure à 50 % n'est vraiment pas concevable... La dernière consultation que j'ai eue remonte à mars 2008 et, à ce moment-là, le résultat de l'implantation de la prothèse du genou gauche n'était pas satisfaisante, mais je n'envisageais pas nécessairement une autre intervention. Je ne peux pas me prononcer sur la situation actuelle. » Le Tribunal a entendu, le 15 avril 2010, le Dr C _____ qui a suivi le recourant du 3 mai 1999 au 9 juin 2005. Le Dr C _____ relève « Durant la période où je l'ai suivi, j'ai pu constater que Monsieur O _____ avait le genou gauche dans un état déplorable. Le genou droit était également endommagé, mais moins gravement que le genou gauche.... Dans l'activité habituelle de Monsieur O _____ (déménageur), la capacité de travail à cette époque était évidemment totalement nulle. Monsieur O _____ était à 50 % depuis le 7 février 2001 et effectuait un travail sédentaire sur le cuir. De courts essais d'augmenter la capacité de travail à 75 % ont finalement abouti à un échec. Je pense que Monsieur O _____ ne peut pas en faire plus. D'une manière générale, il ne peut pas rester longtemps dans une même position. Je confirme les termes de mon rapport médical du 18 juin 2009, notamment en ce qui concerne le caractère optimiste de l'expertise du Dr E _____ pour deux genoux qui restent douloureux pour des lombalgies (effectivement, les problèmes de genoux se répercutent fréquemment sur la colonne vertébrale)... Au sujet du terme "optimiste" pour qualifier l'expertise du Dr E _____ et utilisé dans mon rapport médical du 18 juin 2009, je précise qu'il est difficile de répondre de façon absolue, mais j'imagine mal que Monsieur O _____ puisse effectuer un travail à 75 % avec les deux genoux endommagés et des lombalgies. J'estime qu'en l'état actuel de santé de Monsieur O _____, une activité professionnelle à 50 % dans un travail sédentaire. Je ne peux toutefois me prononcer de façon catégorique. » En date du 28 mai 2010, le recourant a transmis, par l'intermédiaire de son conseil, un certificat d'arrêt de travail à 100%, dès le 10 mai 2010, du Dr A _____ ainsi que qu'un rapport du 13 avril 2010 émanant de ce même médecin. Dans son rapport, le Dr A _____ relève « Comme vous pouvez le constater, l'état de M. O _____ s'est péjoré depuis 2006. A l'heure actuelle, lors des crises de lombalgies aiguës, le patient est totalement incapable de travailler. En dehors de ces crises, la limitation causée par les deux genoux, les lombalgies chroniques et son problème d'épaule droite ne lui permettent pas d'avoir une activité professionnelle complète. Je pense que dans une activité adaptée sa capacité de travail est au maximum de 50% avec des arrêts de travail à 100% lors des crises aiguës. » Se prononçant sur les documents produits par le recourant et en particulier sur le rapport du Dr A _____ du 13 avril 2010, l'OAI constate que ces documents qui ne font état d'aucun élément nouveau, ne sont pas susceptibles de modifier son appréciation et maintient ses conclusions tendant au rejet du recours. Sur quoi, le Tribunal a gardé la cause à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA) La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 19 août 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4 ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5 ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1 er janvier 2008. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Aux termes de 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. Selon l'art. 4 al. 1 er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 (art. 7 al 1 er LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Est litigieux en l'espèce, le droit du recourant à des prestations de l'assurance invalidité et la détermination du taux d'invalidité. Selon l'art. 28 al. 1 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. L'entrée en vigueur de la

4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclaircir sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a). En l'occurrence, figurent notamment au dossier des rapports du Dr A_____, du Dr B_____, du Dr C_____, du Professeur D_____ ainsi que l'expertise du Dr E_____ et des rapports du SMR. Il sied de relever que les médecins qui ont suivi le recourant, s'accordent à dire que la capacité de travail de ce dernier s'élève à 50%. De son côté, le Dr E_____ conclut son expertise avec une capacité résiduelle de travail du recourant de 80-85% avec une diminution de rendement de l'ordre de 15-20%. Ces conclusions sont superposables aux avis du SMR. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante, en particulier, de l'expertise du 10 octobre 2006. Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations

médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En ce qui concerne les médecins qui ont suivi le recourant, il convient de relever que, en particulier, le Professeur D_____ se limite à constater qu'il lui paraît illusoire d'envisager une capacité de travail excédant 50% mais sans argumenter médicalement pour confirmer sa conclusion. Les enquêtes n'ont pas permis d'explicitier davantage le degré de capacité de travail du recourant. En effet, le Professeur D_____ précise qu'il considère que le taux de 80% retenu comme capacité résiduelle de travail n'est, à son sens, pas envisageable et insiste sur le fait qu'une activité supérieure à 50% n'est vraiment pas concevable mais sans le justifier médicalement. Pour sa part, le Dr C_____ qui a suivi le recourant du 3 mai 1999 au 9 juin 2005, conclut son audition en imaginant mal que Monsieur O_____ puisse effectuer un travail à 75% avec les deux genoux endommagés et des lombalgies et en estimant qu'en l'état actuel de santé du recourant, seule une activité professionnelle à 50% dans un travail sédentaire est possible. Ce médecin ne peut toutefois pas se prononcer de façon catégorique. En revanche, l'expertise du Dr E_____ fait un rappel anamnestique, expose le status clinique ainsi que le dossier radiologique, pose clairement les diagnostics orthopédiques. Cette expertise comprend une appréciation du cas aussi bien sur le plan subjectif qu'objectif. Les conclusions étant motivées et dépourvues de contradiction, l'expertise du Dr E_____ répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Le Tribunal se ralliera aux conclusions de cet expert, à savoir que la capacité résiduelle du recourant s'élève à 80-85% en raison, en particulier, de ses troubles avec une diminution de rendement de l'ordre de 15-20%. Il sied également de rappeler que le Dr. E_____ indiquait, à l'occasion de son expertise, que le taux de 80-85% pouvait être mis en œuvre après un adaptation ergonomique de la place de travail, ce qui, selon le SMR, n'a pas été demandé par le recourant. Au sujet de l'évaluation théorique de la capacité de gain, les montants pris en considération n'ayant pas été contestés par le recourant, le Tribunal se ralliera également aux calculs figurant dans le rapport de réadaptation professionnelle, à savoir un revenu sans invalidité s'élevant à 67'134 fr., un revenu avec invalidité de 35'490 fr., soit une perte de gain de 31'644 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 47%, donnant droit à un quart de rente. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité entrée en vigueur le 1 er juillet

2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé à 200 fr. En conclusion, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. Le recourant qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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); 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 Le Président suppléant Georges ZUFFEREY 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.