

GE_GERICHTE A/3500/2008 vom 18. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3500_2008

FR: GE_GERICHTE A/3500/2008 du 18 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/3500/2008 del 18 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.02.2009
A/3500/2008

A/3500/2008 ATAS/177/2009 du 18.02.2009 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3500/2008
ATAS/177/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 5 du 18 février 2009 En la cause Monsieur G _____, domicilié à GENEVE,
représenté par Maître INAUDI Matteo recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
G _____, né en 1955, titulaire d'un CFC de peintre en bâtiment, a présenté le 29 mars
2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, accompagnée de son dossier
médical, tendant à l'octroi d'une rente. Il alléguait souffrir de troubles à la colonne cervicale
et au genou qui avaient fait leur apparition en 1988, mais qui s'étaient aggravés les
dernières années. En raison de ces affections, il avait d'ailleurs bénéficié en 1988 d'une
reconversion dans la profession de cafetier-restaurateur prise en charge par
l'assurance-invalidité. Selon le questionnaire pour l'employeur retourné à l'Office cantonal
de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) le 6 avril 2006, l'assuré avait été engagé en
mars 1994 en tant que peintre en bâtiment - technicien par l'entreprise X _____ SA.
Son dernier jour de travail effectif avait été le 11 mai 2004, l'assureur-maladie ayant servi
les indemnités journalières depuis lors. Sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé, en
2006, un salaire annuel de 84'000 fr. Le 14 avril 2006, le Dr L _____, médecin adjoint à
la Polyclinique de chirurgie orthopédique des HUG, a attesté que l'assuré souffrait
d'arthrose fémoro-tibiale interne varisante du genou gauche, de status après double
ménisectomie interne gauche, de status post-ostéotomie tibiale proximale d'ouverture du
tibia à gauche, et de status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse sur le tibia gauche. Le
patient était en incapacité de travail à 100% depuis le 18 janvier 2005. L'ancienne activité
n'était plus exigible, dès lors qu'il y avait une réduction du rendement de l'ordre de 50% ;
en revanche, dans une activité adaptée sédentaire - sans port de charge et en évitant les
échafaudages et le terrain irrégulier - l'assuré présentait une capacité de travail entière. Par
courrier du 30 mai 2006, HELSANA ASSURANCES a fait savoir à l'OCAI qu'elle avait
servi les indemnités journalières du 12 mai 2004 jusqu'au 4 mai 2006, soit jusqu'à
l'épuisement des droits. A cette occasion, l'assureur maladie perte de gain a transmis à
l'OCAI le dossier médical en sa possession, à savoir, notamment: Un certificat médical du
Professeur M _____, chirurgien, du 21 juillet 2004, préconisant une ostéotomie tibiale
avec greffe cartilagineuse ; Deux courriers établis par le Dr L _____, en date des 20
juin 2005 et 9 novembre 2005, en relation avec l'exécution d'une ostéotomie tibiale et
d'une arthroscopie en date du 20 avril 2005 et attestant d'une incapacité de travail entière
depuis l'opération ; le rapport du 9 novembre 2005 préconisait une reprise d'activité dans
les trois mois. Deux rapports manuscrits de la Dresse N _____, médecin traitant, datés

des 10 mai et 14 décembre 2005, attestant d'une incapacité de travail entière du 1^{er} octobre 2004 au 19 avril 2005 en relation avec des troubles à la colonne cervicale et d'une incapacité de travail entière depuis le 20 avril 2005 en relation avec les problèmes au genou (opération effectuée par le Dr L _____ et ses suites); Une expertise effectuée par le Dr O _____, psychiatre, le 29 septembre 2004, excluant la présence d'un état dépressif et attestant d'une capacité de travail entière du point de vue psychiatrique; Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 13 juillet 2004 établi par le Dr S _____, radiologue, révélant une rupture postérieure de l'anneau fibreux du segment C6-C7, compliquée par une petite hernie discale en position centrale et paracentrale des deux côtés, plus prononcée du côté droit, et une discarthrose nette des segments C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Le 27 février 2007, le Dr P _____, chirurgien orthopédique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a exposé que l'assuré souffrait principalement de troubles au niveau du genou gauche. Il avait développé une gonarthrose du compartiment interne après méniscectomie et avait subi une ostéotomie tibiale proximale en 2005, l'ablation du matériel étant intervenue en mars 2006. Il présentait également des cervicobrachialgies à gauche ; une IRM de la colonne cervicale effectuée en mars 2006 montrait notamment des discopathies C4-C5 et C6-C7. L'assuré avait subi différentes opérations depuis 1987 (cure du tunnel carpien, appendicectomie, neurolyse du pouce gauche et du nerf cubital droit, thyroïdectomie pour un nodule thyroïdien et colectomie gauche pour une diverticulite) et une expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'assureur-maladie avait conclu à l'absence d'une quelconque maladie psychiatrique invalidante. Dans ces conditions, les conclusions du Dr L _____, chirurgien traitant, selon lesquelles l'assuré conservait une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment et présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étaient tout à fait cohérentes, au vu des autres rapports médicaux versés au dossier. Des mesures professionnelles pouvaient par conséquent être envisagées dès février 2006. En date du 2 août 2007, le Service de réadaptation de l'OCAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. En comparant le revenu annuel sans invalidité de 84'000 fr. au revenu d'invalidité de 52'550 fr., déterminé selon les données statistiques (TA1, niveau 4) après un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, le taux d'invalidité se montait à 37.4%. Le 24 octobre 2007, l'assuré s'est entretenu avec un conseiller en réadaptation. Selon le rapport de cet entretien (cf. avis de réadaptation du 3 juin 2008), l'assuré avait recommencé à travailler chez X _____ SA le 1^{er} juin 2006, à un taux d'activité d'environ 25%, suite à l'arrêt des prestations de son assurance-maladie. Il ne pouvait plus travailler sur les chantiers, compte tenu de ses douleurs. Par conséquent, l'entreprise avait adapté son poste et il travaillait en tant que « Public relation ». Il connaissait beaucoup de clients et avait un réseau très développé. Son temps de travail était très libre, il pouvait s'organiser comme il le souhaitait. S'agissant de sa capacité entière de travail dans une activité adaptée, retenue par les médecins du SMR, l'assuré estimait ne pas être en mesure de travailler à 100%, ce d'autant plus qu'il présentait aussi de l'arthrose aux mains et qu'il devait se faire opérer. Il voulait rester chez X _____ SA et si ses douleurs diminuaient, il allait augmenter son taux d'activité. Par courrier du 29 octobre 2007, la société X _____ SA a confirmé que l'assuré assumait effectivement depuis le 1^{er} juin 2006 « les fonctions de relations publiques » au sein de l'entreprise. Il se chargeait des contacts avec les clients et participait à l'élaboration de devis et à d'autres travaux administratifs compatibles avec son état de santé. Il vérifiait également l'exécution des travaux sur les chantiers. Son taux d'activité était d'environ 25% pour un

salaires annuels de 27'300 fr. Interpellé par l'OCAI, le Dr L_____ a répondu, en date du 29 novembre 2007, qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis le 7 mars 2006. Il n'avait en particulier pas eu connaissance de problèmes de main ou de calcification sur le pied droit. Dans un avis du 3 juin 2008, le SMR a confirmé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès lors qu'aucun nouvel élément n'était apparu permettant une appréciation différente du cas. Le 12 juin 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui refusant toute prestation. L'instruction médicale du dossier avait mis en évidence une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par conséquent, en vertu de l'obligation de réduire le dommage, il appartenait à l'assuré de mettre entièrement à profit sa capacité résiduelle de travail. Le taux d'invalidité devait être déterminé à l'aide d'une comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité se montait à 84'000 fr. Quant au revenu d'invalidité, faute de revenu effectivement réalisé à 100% dans une activité adaptée, il devait être déterminé à l'aide des données statistiques (ESS 2004 TA7 ligne 25 actualisé à 2006); celui-ci se montait, compte tenu d'un abattement de 10%, à 60'705 fr. Le degré d'invalidité de l'assuré ainsi déterminé s'élevait à 27.7% ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement n'apparaissaient par ailleurs pas indiquées, dès lors que l'assuré ne souhaitait pas changer d'entreprise et que sa nouvelle position était adaptée à son état de santé. Le cas échéant, une aide au placement pouvait être envisagée, si l'assuré en faisait expressément la demande. Le 18 juin 2008, l'assuré a écrit à l'OCAI pour signaler une péjoration de son état de santé. Il avait été soigné au pied droit fin 2007 (physiothérapie) et avait été opéré de deux doigts par le Dr Q_____ à la mi-février. De plus, une nouvelle IRM avait mis en évidence une seconde hernie cervicale et il avait pris rendez-vous avec le Dr L_____ le 22 juillet 2008 en vue d'envisager l'opportunité d'une seconde opération du genou droit. Par courrier du 6 juillet 2008, l'assuré a contesté le projet de décision. Il n'avait jamais refusé de travailler à 100%. Si l'OCAI parvenait à trouver une entreprise disposée à l'engager à 100%, l'autorisant à s'allonger chaque fois qu'il avait mal au dos ou à rester assis lorsqu'il avait mal aux genoux, il était d'accord de retravailler à plein temps. Il était retourné chez X_____ SA parce qu'il pouvait s'organiser à son gré en fonction de ses douleurs et il voulait bien faire un effort pour augmenter son taux d'activité à 50%. Cela étant, son état de santé s'était dégradé ; il avait deux hernies discales et son arthrose avait empiré. Une opération du genou droit était d'ailleurs envisagée. Par décision du 27 août 2008, l'OCAI a maintenu le refus de prestations, dès lors que l'assuré, dans ses objections, n'avait fourni aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause l'appréciation médicale effectuée par le SMR ou le calcul du taux d'invalidité opéré. Représenté par Me Matteo INAUDI, avocat, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 29 septembre 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. De toute évidence, le SMR avait minimisé l'ampleur de ses ennuis de santé et leurs conséquences et n'avait pas cru bon de prendre position sur l'aggravation de son état de santé alléguée en date du 6 juillet 2008. L'ensemble de ses problèmes de santé faisait obstacle à l'exercice d'une quelconque activité à 100%, même une activité de bureau, dès lors qu'il ne pouvait demeurer longtemps assis. Il était certes disposé à travailler à 50% s'il existait une entreprise disposée à tolérer toutes les conséquences de ses souffrances. C'était grâce à des circonstances très favorables qu'il lui était possible de continuer à travailler. Il observait par ailleurs que l'OCAI avait modifié le calcul de son degré d'invalidité, qui était passé de 37.4% à 28%. Dans sa détermination du 3 novembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux motifs exposés dans la décision entreprise. Le 14 novembre

2008, le recourant a communiqué au Tribunal de céans un rapport du Dr R_____, du centre d'imagerie médicale RIVE DROITE, du 29 octobre 2008. Ce médecin attestait suivre le recourant depuis 2006 pour des cervicalgies et des névralgies cervicobrachiales. Une IRM réalisée en mai 2008 avait montré un double conflit discoradiculaire C6-C7 gauche prédominant mais majoré en C5-C6. Les traitements prodigués en 2006 et en 2008 (infiltrations et une procédure de nucléotomie) avaient permis la disparition du syndrome discogène et de la pathologie névralgique. Une cervicalgie bilatérale persistait ce nonobstant qui importunait le patient dans son travail de tous les jours notamment lors de l'élévation des bras vers le haut et l'hyper-extension, ce qui orientait vers un diagnostic de syndrome facettaire. Par courrier du 18 novembre 2008, le Tribunal de céans a communiqué à l'intimé une copie de la correspondance du recourant du 14 novembre 2008 et de son annexe. Sur ce, la cause a été gardée 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. a) La décision litigieuse, du 27 août 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA le 1^{er} janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). De plus, la demande de prestations a été déposée le 29 mars 2006 et se réfère à une incapacité de travail significative ayant débuté selon le médecin traitant en janvier 2005, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de ces dispositions. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard 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). b) Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). c) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 12 juin 2008, qui a été confirmé par la décision du 27 août 2008, contre laquelle l'assuré a formé directement recours devant le Tribunal de céans le 29 septembre 2008, conformément aux articles 57a al. 1 et 69 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006. d) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité qu'il présente. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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.). d) S'agissant des 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 du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). e) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2). 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). b) D'après l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. c) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). 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). a) En l'espèce, selon le dossier médical, le recourant souffre de troubles au genou gauche, qui a été opéré à deux reprises - double ménisectomie interne gauche et ostéotomie tibiale -, la dernière fois en 2005. Il présente également de cervicalgies, investigués depuis 1994 (cf. rapport de la clinique de neurologie des HUG du 5 mai 1994 ; IRM du 13 juillet 2004, IRM du 17 mars 2006, IRM de mai 2008), ainsi que de troubles aux mains et aux membres supérieurs opérés à plusieurs reprises (cf. notamment : enclavement du nerf cubital [rapport opératoire du 14 décembre 1987], cure chirurgicale du canal carpien le 20 novembre 1987, cure chirurgicale avec plastie du ligament annulaire le 11 février 1988, neurolyse des nerfs du pouce gauche le 1 er octobre 1999, opération de deux doigts en février 2008 selon les allégations du recourant). Le Dr L_____, de l'Unité d'orthopédie des HUG, a retenu que le recourant était en incapacité de travail entière depuis le 18 janvier 2005 en relation avec les problèmes au genou gauche. L'activité exercée jusque là, de peintre en bâtiment, n'était selon lui plus exigible qu'à 50% ; en revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire sans port de charges, éviter les échafaudages et le terrain irrégulier) son patient présentait une capacité de travail entière (cf. rapport du Dr L_____ du 14 avril 2006). Quant à la Dresse N_____, généraliste, elle a attesté en mai 2005, à l'égard de l'assureur perte de gain pour maladie, une incapacité de travail entière pour les affections cervicales du 1 er octobre 2004 au 19 avril 2005. Du point de vue psychiatrique, une expertise mise en œuvre à la demande de l'assureur-maladie en

septembre 2004 a exclu la présence d'une quelconque affection psychique ayant une influence sur la capacité de travail. b) Dans son avis du 27 février 2007, le Dr P _____, chirurgien orthopédique au SMR, a fait siennes les conclusions du Dr L _____ et considéré que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment, mais entière dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, évitant le port de charges supérieures à 15 kg, les marches sur terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers, les échelles et les échafaudages (cf. limitations fonctionnelles retenues par le Dr L _____ dans le rapport du 14 avril 2006).

c) Le Tribunal de céans observe que le SMR, qui n'a pas examiné l'assuré, a évalué la capacité résiduelle de travail du recourant en se fondant sur l'appréciation du chirurgien ayant opéré le genou, sans tenir aucun compte des autres troubles de santé présentés, en particulier à la colonne cervicale et aux mains, dont la réalité était pourtant amplement documentée par le dossier médical. De manière générale, l'instruction médicale du dossier paraît lacunaire : en effet, le seul médecin interpellé par l'intimé a été le Dr L _____, qui comme on vient de l'exposer n'a opéré que le genou, et ce alors même que le nombre de médecins ayant examiné et soigné le recourant est relativement important compte tenu des données anamnestiques. Quant au Dr P _____, du SMR, il s'est borné à énumérer les différentes pathologies ressortant du dossier médical sans toutefois en tirer aucune conclusion s'agissant de la capacité de travail - exception faite de la pathologie au genou -, et, surtout, sans ordonner aucune mesure d'instruction à cet égard. Or, il appartenait à l'intimé d'élucider le caractère invalidant des autres troubles de santé, ce d'autant plus que tant les cervicobrachialgies que les affections aux mains sont susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail même dans une activité sédentaire. e) Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise médicale par un expert indépendant et nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 27 août 2008 annulée au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 27 août 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le