

# GE\_GERICHTE A/434/2017 vom 20. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_434\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_434_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/434/2017 du 20 février 2018

IT: GE\_GERICHTE A/434/2017 del 20 febbraio 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anik PIZZI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 13 août 2015, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1966, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison de douleurs et de limitations fonctionnelles du genou droit.![endif]>![if> 2. En effet, le 17 novembre 2014, alors qu'il travaillait en qualité de plaquiste pour l'entreprise C\_\_\_\_\_, l'assuré a glissé sur des gravats pendant le transport d'une grande plaque de placo. Il a perdu l'équilibre et a chuté en tordant le genou droit et en le cognant contre un mur en béton.![endif]>![if> 3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), auprès de laquelle l'assuré était assuré contre les conséquences des accidents, professionnels ou non, a pris en charge les suites de cet accident.![endif]>![if> 4. Le jour-même de l'accident, l'assuré s'est rendu au centre médico-chirurgical de Vermont-Grand-Pré, où une radiographie et un ultrason du genou droit ont été pratiqués. La radiographie a mis en évidence une chondrocalcinose. Quant à l'ultrason, il a décelé une fissure du ménisque interne (corne postérieure et corps méniscal). Le port d'une attelle et la prise d'antalgiques ont été prescrits à l'assuré et un arrêt de travail à 100% lui a été délivré (cf. rapport du centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré SA du 9 décembre 2014).![endif]>![if> 5. Une IRM réalisée le 27 novembre 2014 a confirmé une large déchirure oblique (lésion de grade III) de la corne postérieure du ménisque interne associée à une petite zone d'amputation du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne. Une fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien ainsi qu'un épanchement intra-articulaire ont également été mis en évidence sur l'imagerie.![endif]>![if> 6. Le 29 janvier 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie (AS) du genou droit pour résection partielle du ménisque interne (MI), en laissant en place encore un tiers de l'épaisseur du ménisque interne. Le pivot central et le compartiment externe étaient, quant à eux, dans les limites de la norme.![endif]>![if> 7. Par rapports des 23 mars, 10 juin et 8 juillet 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de déchirure du ménisque interne du genou droit et l'intervention du 29 janvier 2015. L'évolution était bonne mais lente. ![endif]>![if> 8. Une nouvelle IRM du genou droit a été pratiquée le 22 avril 2015. Elle a mis en évidence un status post-méniscectomie interne partielle avec amputation du bord libre et perte de substance ainsi qu'un aspect subluxé du ménisque résiduel médialement, associés à une large lésion fissuraire oblique de la corne postérieure touchant la surface articulaire tibiale (lésion de grade III). L'imagerie a également révélé l'apparition d'un œdème sous-chondral de part et d'autre de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne de type surcharge

mécanique. 9. A la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 8 juillet au 4 août 2015. Selon le rapport du 7 août 2015, les diagnostics étaient ceux de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés (DDC) et entorse du genou droit le 17 novembre 2014, avec large déchirure oblique de grade III de la corne postérieure des ménisques interne et corps méniscal et fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien, arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015. L'assuré avait déjà été opéré du ménisque gauche quinze ans auparavant. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : pas de port de lourdes charges, pas de marche prolongée, pas de montée et de descente des escaliers, pas de travail en position accroupie ou à genoux ni de position debout prolongée. Pour les médecins de la CRR, les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. L'évolution subjective et objective était légèrement favorable. La situation n'était toutefois pas stabilisée du point de vue médical mais devait l'être dans un délai de deux à trois mois. Dans l'intervalle, la poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions musculaires et proprioceptives était préconisée. Les séances de renforcement (bi et unipodal, sur cales), l'électrostimulation du quadriceps et les séances de proprioception sur plans instables s'étaient avérées efficaces. Le pronostic dans l'ancienne activité habituelle était défavorable tant en raison des facteurs médicaux que de facteurs non-médicaux, l'entreprise devant fermer selon les collègues de l'assuré. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était favorable. 10. Dans ses rapports des 23 septembre et 30 novembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic et relevé que l'assuré souffrait toujours d'une grosse inflammation cartilagineuse du côté interne du genou. Le traitement avait notamment consisté en des infiltrations, de la physiothérapie et une rééducation intensive à la CRR. 11. Dans ses rapports établis au début du mois d'octobre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a encore expliqué que l'assuré avait initialement été victime d'une déchirure du ménisque interne laquelle avait été suivie par une décompensation d'une arthrose du genou. Les douleurs persistantes entraînaient une incapacité à rester debout ou assis plus de quelques heures. L'activité habituelle était possible, mais à raison de trois à quatre heures par jour maximum. L'assuré était toutefois capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, telle que des travaux de bureau, permettant de se lever occasionnellement. Une nouvelle opération, sous la forme d'une ostéotomie de valgisation était éventuellement à envisager. 12. A teneur des rapports établis par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, hôpitaux universitaires de Genève (HUG), datés des 21 novembre et 18 décembre 2015, le diagnostic était celui de lésion du ménisque interne du genou droit. L'évolution et le pronostic étaient favorables. 13. Par communications des 21 décembre 2015 et 21 mars 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation. 14. Le 27 janvier 2016, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final de l'assuré. Selon le rapport y relatif, l'assuré se plaignait de douleurs lors de longues marches ou lors de la marche sur les terrains en pente et irréguliers, de douleurs nocturnes ainsi que lors des stations prolongées (debout ou assise). En position assise, il devait bouger régulièrement le genou. Les douleurs s'étaient essentiellement installées sur le compartiment interne. Après examen clinique, les diagnostics retenus étaient ceux de

chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés et status après résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015. Sur le plan radiologique, l'arthrose n'était pas encore franchement installée. Cela étant, subjectivement, il présentait des gênes et des douleurs modifiant de manière importante sa qualité de vie. ![endif]>![if> Au vu des examens effectués, les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de stations debout prolongées, de longues marches ou montées ou descentes fréquentes des escaliers, des échelles et des escabeaux, pas d'accroupissement, de mises à genoux, de port de lourdes charges. En position assise, l'assuré devait avoir la possibilité de se lever régulièrement et de mobiliser son genou. Dans une activité respectant les limitations précitées, la capacité de travail était de 100%. 15. Le même jour, la Dresse F\_\_\_\_\_ a arrêté l'atteinte à l'intégrité à 10%. En effet, conformément à la table V des indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA concernant les arthroses, une arthrose fémoro-tibiale moyenne était évaluée entre 5 et 15%. Le taux retenu de 10% prenait en considération la pondération due à l'état antérieur.![endif]>![if> 16. Par communication du 23 mai 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. A la date précitée, la SUVA devait se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité partielle. Par ailleurs, outre une éventuelle rente d'invalidité, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 12'600.-, correspondant à une atteinte de 10%.![endif]>![if> 17. L'OAI a transmis les pièces médicales précitées à son service médical régional (SMR), lequel a considéré, sous la plume de la doctoresse G\_\_\_\_\_, dans un avis du 8 juillet 2016, qu'il convenait de s'aligner sur les conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA et de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, au plus tard à compter de la date d'examen final. Le SMR a toutefois retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout prolongée ou de longue marche, pas d'utilisation fréquente d'escaliers, échelles ou escabeaux, pas d'accroupissement ou de genuflexions régulières, ni de port de charges lourdes. L'activité adaptée devait en outre permettre l'alternance des positions, le but étant de permettre à l'assuré de se lever régulièrement pour mobiliser son genou. ![endif]>![if> 18. Procédant à la comparaison des revenus, l'OAI est arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité s'élevait à 7,7%. ![endif]>![if> 19. Vu le degré d'invalidité obtenu, insuffisant pour donner droit à un reclassement ou à une rente, l'OAI a adressé à l'assuré, en date du 6 septembre 2016, un projet de décision refusant les mesures professionnelles et la rente d'invalidité.![endif]>![if> 20. Par courrier du 20 septembre 2016, l'assuré, agissant en personne, s'est opposé au projet du 6 septembre 2016 et a sollicité la réalisation d'une expertise.![endif]>![if> 21. Au début du mois d'octobre 2016, l'assuré, agissant toujours en personne, a transmis à l'OAI les pièces suivantes :![endif]>![if> - Les comptes-rendus des radiographies du genou ainsi que de l'IRM du genou réalisées en date du 5 août 2016, mettant en évidence une chondrocalcinose méniscale bilatérale et le début d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne (radiographie) et un status post-méniscectomie partielle avec perte de la substance et amputation du bord libre du segment moyen du ménisque interne, associé à une importante lésion oblique de la corne postérieure du ménisque interne résiduel touchant la surface articulaire inférieure (lésion de grade III), un minime clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque externe (lésion de grade II), un œdème sous-chondral au niveau de la partie antéro-externe du tibia, de type surcharge mécanique, ainsi qu'une minime lame d'épanchement intra-articulaire (IRM).![endif]>![if>

- Les rapports du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, des 28 juillet et 17 août 2016, dans lesquels ce médecin a considéré, après avoir résumé les antécédents médicaux, que la physiothérapie intensive de 6 heures par jour pratiquée à la CRR avait plutôt aggravé la situation. En été 2016, l'assuré présentait une instabilité douloureuse du genou avec des chutes dans les suites d'une méniscectomie interne. La radiographie avait montré l'apparition d'une arthrose du compartiment fémoro-tibial médiane (FTM) avec pincement modéré et ostéocondensation sous chondrale ainsi que des calcifications méniscales latérale et médiane. Quant à l'IRM, elle avait mis en évidence une lésion complexe de la partie résiduelle de la corne postérieure du ménisque médial, sans languette ni anse de seau ainsi qu'un discret hypersignal sous-chondral du tibia lié à l'arthrose. Une nouvelle arthroscopie n'allait pas résoudre de manière définitive le problème vu l'arthrose débutante qui s'aggraverait quoi qu'il en soit plus ou moins rapidement dans les suites. Toutefois, si la lésion méniscale était responsable de l'instabilité / dérobement, sa régularisation devait améliorer ce symptôme mais les douleurs risquaient de persister. Si l'instabilité ne devait pas venir du ménisque, il y aurait alors lieu de recourir à une viscosupplémentation, voire à des injections plaquettaires (PRP).!endif]>!if> 22. Le 5 octobre 2016, sous la plume de son Conseil, l'assuré s'est formellement opposé au projet de décision du 6 septembre 2016 et a transmis une attestation de la société I\_\_\_\_\_, pour laquelle il avait commencé une activité de technicien dès le 20 juin 2016. En raison de son état de santé (chute à deux reprises sur les chantiers), la société précitée avait toutefois mis un terme à leur collaboration dès le 23 juin 2016. Après avoir résumé les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ et expliqué qu'en raison de l'instabilité du genou et de son blocage, il souffrait désormais d'un déséquilibre du bassin, l'assuré a contesté le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, supérieur au revenu sans invalidité, ainsi que l'abattement appliqué, dès lors qu'il ne connaissait pas les éléments sur lesquels l'OAI s'était fondé. Par conséquent, l'assuré requérait des renseignements complémentaires relatifs au degré d'invalidité de 7,7% retenu par l'OAI et la réalisation d'une expertise, au vu des contradictions entre ses médecins et ceux de l'office.!endif]>!if> 23. Le 21 octobre 2016, l'assuré, toujours sous la plume de son conseil, a encore transmis à l'OAI la décision de l'office cantonal de l'emploi (OCE) du 13 octobre 2016, par laquelle cet office a refusé son inscription au chômage en raison de son incapacité de travail et de l'impossibilité à être placé en emploi.!endif]>!if> 24. Par décision du 9 novembre 2016, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente, le degré d'invalidité s'élevant à CHF 7,63% après comparaison des revenus. Elle a, en revanche, confirmé l'atteinte à l'intégrité de 10%.!endif]>!if> 25. Les pièces nouvellement transmises ont été soumises au SMR qui a notamment relevé, dans un avis du 12 décembre 2016, que le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à un examen orthopédique permettant de confirmer l'instabilité de l'articulation. Dans tous les cas, une telle instabilité anamnestique justifiait des limitations fonctionnelles complémentaires, à savoir l'interdiction de se déplacer en terrain irrégulier et contre-indiquait désormais l'utilisation d'échelles, échafaudages et escabeaux. Les montées et descentes d'escaliers ne devaient être qu'occasionnelles. Par conséquent, dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles additionnées à celles déjà retenues dans l'avis du 8 juillet 2016, la capacité de travail était entière.!endif]>!if> 26. Se fondant sur l'avis précité du SMR, l'OAI a procédé, en date du 13 décembre 2016, à une nouvelle comparaison des revenus. En prenant en considération un abattement total de 20%, il est arrivé à un degré d'invalidité de 18,21 %.!endif]>!if> 27. Le 30 décembre 2016, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a confirmé le projet de l'OAI du 6 septembre

2016 et a refusé au recourant le droit à des mesures professionnelle et à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 18,21%, insuffisant pour donner droit à une rente. 28. Par acte du 6 février 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son Conseil, a interjeté recours contre la décision du 30 décembre 2016, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. S'agissant de la recevabilité, il a notamment relevé qu'il était désormais domicilié à Genève, de sorte que la chambre de céans était compétente. A l'appui de ses conclusions, il a considéré que son état de santé n'était pas stabilisé lorsqu'il avait été examiné par la Dresse F\_\_\_\_\_. En effet, depuis lors, il souffrait d'un genou qui se dérobaient ainsi que d'une boiterie résiduelle importante ayant provoqué des lésions aux hanches et aux vertèbres lombaires. Si l'OAI (ci-après : l'intimé) avait bien pris en considération l'instabilité de son genou, en accordant une réduction supplémentaire de 20%, il n'avait pas réévalué sa capacité de travail à exercer une activité professionnelle adaptée, tout déplacement pouvant conduire à de nouvelles chutes. Ainsi, au regard de sa formation et du secteur d'activité dans lequel il exerçait, chaque déplacement pouvait faire l'objet d'un nouvel accident. Les douleurs qu'il ressentait s'étaient accentuées et s'étendaient désormais aux hanches et aux vertèbres lombaires. Dans ces circonstances, une expertise devait être mise sur pied afin d'évaluer sa capacité de travail résiduelle. En annexe au recours figurait notamment le compte-rendu de l'IRM de la colonne lombaire et du bassin effectuée le 16 janvier 2017, faisant état d'une minime protrusion discale foraminale L5-S1 droite au niveau de la racine L5 droite et, au niveau du bassin, d'une minime bursite péri-trochantérienne des deux côtés, associée à une possible minime fissure partielle du tendon du moyen fessier droit avant son insertion sur le grand trochanter. 29. A la demande de la chambre de céans, l'intimé s'est prononcé sur sa compétence par courrier du 9 mars 2017 et a considéré que la question de la recevabilité du recours se posait, dès lors que la voie de droit dirigée contre une décision de l'OAIE était celle du Tribunal administratif fédéral (TAF). Toutefois, par économie de procédure, l'OAI concluait à la recevabilité du recours, dans la mesure où la décision litigieuse, qu'elle soit notifiée par l'OAIE ou l'OAI, aboutirait au même résultat sur le fond. 30. Par courrier du 16 mars 2017, la chambre de céans a admis sa compétence par économie de procédure. 31. Le 11 avril 2017, l'intimé a répondu, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa position, l'office intimé a considéré qu'il n'y avait pas violation du principe inquisitoire s'il se basait de manière déterminante sur le dossier de la SUVA, laquelle était intervenue en qualité d'assureur-accidents. Dans son avis du 8 juillet 2016, le SMR avait considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des appréciations des médecins de la CRR et de la Dresse F\_\_\_\_\_, leurs conclusions étant convaincantes s'agissant de la capacité de travail et de l'exigibilité. Au demeurant, le Dr D\_\_\_\_\_ était du même avis comme cela ressortait de son rapport du mois d'octobre 2015. S'agissant de la suspicion d'instabilité du genou gauche, elle avait été prise en considération dans le cadre des limitations fonctionnelles et avait justifié un abattement de 20% sur le salaire statistique. Ladite instabilité ne modifiait toutefois pas l'appréciation de la capacité de travail exigible qui restait de 100%. Le recourant avait bénéficié de deux mesures d'intervention précoce. La mise en valeur de la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé était dès lors objectivement exigible. Au demeurant, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères adaptées à l'état de santé du recourant, lequel n'établissait pas de manière

convaincante en quoi des activités simples ne pouvaient être exigées de lui au regard des limitations retenues. Au vu de ce qui précédait, c'était à juste titre qu'il s'était référé aux données salariales publiées par l'office fédéral de la statistique pour déterminer le revenu.

32. Par réplique du 12 mai 2017, le recourant a encore précisé que son état s'était péjoré. Depuis l'appréciation de la Dresse F\_\_\_\_\_, en janvier 2016, les dérobements du genou étaient devenus fréquents. La péjoration de l'état de son genou avait eu des répercussions sur les hanches et le dos, ce qui avait motivé la réalisation d'une IRM lombaire et du bassin le 16 janvier 2017. Le 16 mars 2017, il avait ainsi lourdement chuté en raison du dérobement de son genou et il s'était cassé quatre dents qui avaient dû être extraites et remplacées par une prothèse, dans un premier temps provisoire. Des investigations devaient être faites et dans cette attente, le port d'une attelle avait été préconisé par le docteur J\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste au centre médico-chirurgical (Genève) CMC SA. Par ailleurs, le 4 avril 2017, il avait consulté le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait remarqué l'existence d'une importante lésion instable du ménisque, déjà visible sur les précédentes IRM. En raison de cette atteinte, le médecin précité préconisait une ménisectomie sous arthroscopie. La nouvelle symptomatologie révélée par l'IRM du 16 janvier 2017 ainsi que les dérobements du genou n'avaient pas été pris en considération dans la décision querellée. Une nouvelle IRM, effectuée le 26 avril 2017 à la demande de la SUVA, avait confirmé l'atteinte au genou droit et la nécessité d'intervenir. Le 10 mai 2017, il avait fait une nouvelle chute en raison du dérobement de son genou et il s'était à nouveau blessé audit genou. De toute évidence, les faits n'avaient pas suffisamment été considérés par l'intimé étant donné que son état était resté stationnaire depuis son accident, voire s'était empiré. Il n'était pas en mesure d'envisager une quelconque activité professionnelle, étant donné que même le déplacement jusqu'à une place de travail était dangereux, tout mouvement étant susceptible de provoquer un dérobement du genou. Or, ces éléments n'avaient toutefois pas été pris en considération par l'OAI.

En annexe à la réplique figuraient notamment les pièces suivantes :

- Le certificat du 16 mars 2017 du docteur K\_\_\_\_\_, chirurgien-dentiste à Epagny (France) concernant le sort réservé aux quatre incisives.
- Un courriel adressé le 25 mars 2017 à la SUVA par le Dr J\_\_\_\_\_, dont il ressort qu'au vu de la discordance entre la description clinique du patient de l'instabilité du genou, les conclusions de la SUVA et l'IRM, il demandait l'avis d'un expert en chirurgie orthopédique de la SUVA et un second avis aux HUG. Afin d'éviter une nouvelle chute, il préconisait le port d'une attèle – orthèse de l'extension du genou, rigide.
- Le certificat du Dr K\_\_\_\_\_ du 4 avril 2017, dans lequel ce médecin a mentionné un examen clinique montrant un point douloureux sur l'interligne, très net, et une IRM mettant en évidence une lésion instable importante du ménisque interne restant, déjà visible sur les IRM précédentes, lésion expliquant l'instabilité et les douleurs du genou droit et pouvant faire l'objet d'une ménisectomie sous arthroscopie.
- Une attestation du Dr J\_\_\_\_\_ datée du 11 avril 2017, dont il ressort que les tests médicaux étaient positifs lors de l'examen clinique. L'IRM récente montrait en outre une lésion instable de la corne postérieure du ménisque interne responsable de la symptomatologie. Le médecin précité était ainsi d'avis qu'il fallait prévoir une révision arthroscopique du genou à la recherche d'un lambeau de cartilage ou d'une languette méniscale résiduelle aux dépens de la corne postérieure du ménisque interne.
- Le compte-rendu de l'IRM du 26 avril 2017, faisant état d'une lésion radiaire du bord libre du corps du ménisque externe, ainsi que d'une déchirure

oblique de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste intra-méniscal et un kyste paraméniscal, tous deux en formation. Une déchirure radiaire oblique en bec de perroquet du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne, a également été décelée. Enfin, une fissuration cartilagineuse profonde du tiers moyen de la facette rotulienne interne touchant les deux tiers de l'épaisseur du cartilage et une fissuration plus superficielle en regard de la facette externe, ont été constatées.!

33. L'intimé a transmis sa duplique en date du 12 juin 2017 et a considéré, se référant à un avis de son SMR daté du 2 juin 2017, annexé, que les limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit (activité essentiellement assise), confirmées par les nouveaux documents produits par le recourant, avaient déjà été intégrées dans les évaluations du SMR des 8 juillet et 12 décembre 2016. Par ailleurs, l'instabilité du genou avait été prise en compte dans le cadre des limitations fonctionnelles et avait justifié l'abattement supplémentaire de 20% sur le salaire statistique. Par conséquent, l'intimé persistait intégralement dans sa position telle qu'exprimée dans son écriture du 11 avril 2017.!

34. Par courrier du 3 août 2017, le recourant a encore informé la chambre de céans de céans qu'une nouvelle intervention chirurgicale, sous la forme d'une méniscectomie interne, avait eu lieu le 1<sup>er</sup> juin 2017 et avait été prise en charge par la SUVA. Cette intervention avait confirmé une péjoration de son état de santé depuis la dernière opération datée du 29 janvier 2015. Pour le surplus, le recourant a répété ses précédents arguments.!

En annexe figuraient différents rapports médicaux, dont notamment : - Le rapport de consultation du 23 mai 2017 du docteur L\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie, HUG, dans lequel ce médecin a relevé que le recourant présentait des séquelles douloureuses post-méniscectomie médiale du genou droit invalidantes. Compte tenu de la gêne fonctionnelle et de l'absence d'efficacité d'un traitement bien conduit, une intervention arthroscopique pour exploration et réalisation d'un geste méniscal était à envisager pour tenter de soulager le recourant.!

- Le rapport opératoire relatif à l'intervention du 1<sup>er</sup> juin 2017, dont il ressort qu'il existait une double lésion de la partie postérieure du ménisque interne restant, avec une fente transversale et une languette instable allant sous le ménisque. Des lésions cartilagineuses avaient également été constatées au niveau du condyle interne.!

35. Le 4 septembre 2017, l'intimé s'est prononcé sur les pièces nouvelles transmises le 3 août 2017 et a persisté dans ses conclusions au vu de l'avis du SMR du 23 août 2017, dont il ressort que l'intervention du 1<sup>er</sup> juin 2017 avait amélioré l'état du genou, de sorte qu'il fallait s'en tenir aux précédentes conclusions. L'OAI a ainsi considéré qu'à tout le moins depuis janvier 2016, une activité essentiellement sédentaire et de préférence assise, était exigible à 100%.!

36. Les 3 et 22 novembre 2017, le recourant a encore produit des pièces complémentaires, dont notamment les suivantes : !

- Le compte-rendu d'une intervention effectuée le 27 septembre 2017 par le Dr K\_\_\_\_\_, ayant consisté, sous arthroscopie, en une méniscectomie, chondropathie et chondroplastie du genou gauche. !

- Un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ daté du 21 novembre 2017, dont il ressort que depuis la méniscectomie du 29 janvier 2015 au genou droit, le recourant avait présenté des douleurs importantes avec dérobolements fréquents liés à une instabilité du genou, ayant notamment provoqué la fracture de quatre dents du maxillaire inférieur. L'IRM réalisée au printemps 2017 avait confirmé la lésion méniscale interne restante ainsi que la lésion méniscale externe, déjà visibles sur un précédent examen. Une méniscectomie au genou droit avait ainsi été pratiquée le 1<sup>er</sup> juin 2017, ce qui avait permis une diminution des douleurs et une disparition de l'instabilité. Les problèmes du genou droit avaient donc évolué d'un seul tenant, de sorte qu'il n'y avait jamais eu

rechute. Par ailleurs, les douleurs au genou droit avaient provoqué des douleurs du genou gauche en relation avec une lésion du ménisque interne, elle aussi liée à l'accident initial, ce qui avait nécessité une méniscectomie le 27 septembre 2017. [endif]>[if> 37. L'intimé s'est prononcé sur les pièces nouvelles par courrier du 20 décembre 2017 et a relevé que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2017 faisait référence au litige opposant le recourant et la SUVA quant à la prise en charge du traitement. Quant à l'intervention du 27 septembre 2017, elle était postérieure à la décision litigieuse et ne saurait dans tous les cas pas justifier une incapacité de travail durable dans le temps. Partant, l'intimé persistait dans ses conclusions. [endif]>[if> 38. Le 16 janvier 2018, le recourant a versé à son dossier plusieurs rapports du Dr K\_\_\_\_\_, dont notamment un complément du 9 janvier 2018, dans lequel ce médecin expliquait qu'en raison de l'atteinte au genou droit, une surcharge du genou controlatéral avait provoqué des lésions méniscales et cartilagineuses au niveau de ce genou gauche, ce qui était fréquent et classique vu le mécanisme de compensation. [endif]>[if> 39. Les pièces ont été transmises à l'intimé et la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. [endif]>[if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. [endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et singulièrement sur la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'est fondé l'intimé pour rendre la décision querellée. [endif]>[if> 5. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). [endif]>[if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. [endif]>[if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art.

16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de 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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en

raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'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). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. a. En l'espèce, l'intimé s'est notamment fondé sur l'appréciation de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2016 ainsi que sur l'avis du SMR du 12 décembre 2016 pour nier tout droit à une rente. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces documents.

Force est de constater que le rapport du 27 janvier 2016 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, la Dresse F\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés et status après résection du ménisque interne le 29 janvier 2015. Au vu des plaintes du recourant (douleurs à la marche sur les terrains en pente et irréguliers, lors des stations prolongées debout ou assises, lors de longues marches et parfois la nuit ; obligation de bouger régulièrement le genou lors de la position assise), la Dresse F\_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : abstention des stations debout prolongées, des longues marches, des escaliers fréquents, la pratique des échelles et des escabeaux, des accroupissements, des mises à genoux, du port de lourdes charges. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, la capacité de

travail était entière. Certes, l'appréciation du 27 janvier 2016 a été établie par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Toutefois, en tant que la Dresse F\_\_\_\_\_ ne limite pas son examen et ses constatations aux seules questions relevantes pour l'assurance-accidents, ses rapports peuvent être pris en considération par l'OAI pour l'appréciation de la capacité de travail (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2008 du 1<sup>er</sup> octobre 2008 consid.3.2). b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, le recourant ne conteste pas les conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_ mais relève uniquement que son état de santé n'était pas stabilisé lorsqu'il a été examiné par ce médecin et que depuis lors, il souffrait d'un genou qui se dérobait ainsi que d'une boiterie résiduelle importante, qui avait provoqué des lésions aux hanches et aux vertèbres. A l'appui de ces affirmations, il invoque notamment les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ des 28 juillet et 17 août 2016, les radiographies et l'IRM du genou, réalisées le 5 août 2016 et l'IRM de la colonne lombaire et du bassin réalisée le 16 janvier 2017. Si l'instabilité du genou a bien été prise en considération par le SMR, qui a retenu des limitations fonctionnelles supplémentaires, il n'en va pas de même des troubles de la hanche et de la colonne lombaire. Certes, l'IRM a été réalisée le 16 janvier 2017, soit postérieurement à la décision attaquée. Les atteintes qui ont toutefois été mises en évidence étaient déjà présentes avant la décision querellée, dès lors que le recourant en a fait état dans son opposition du 5 octobre 2016. Si l'intimé a bien soumis les pièces médicales transmises par chargés séparés des 12 mai et 3 août 2017 à son SMR, qui s'est prononcé par avis des 2 juin et 23 août 2017, il n'en va pas de même de l'IRM du 16 janvier 2017 et des atteintes qu'il met en évidence. En d'autres termes, le SMR – ni d'ailleurs aucun médecin mandaté par l'OAI – ne s'est prononcé sur les atteintes à la colonne dorsale et au bassin. c. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité. En effet, si elle doit certes être considérée comme revêtant une pleine valeur probante, l'appréciation de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2016 ne porte pas sur toutes les atteintes à la santé mais uniquement sur l'atteinte au genou droit. Entre le 27 janvier, date de l'appréciation précitée, et le 30 décembre 2016, date de la décision querellée, le recourant a fait état d'une aggravation de son état de santé, avec l'apparition d'une instabilité du genou – prise en considération par le SMR au titre de limitations fonctionnelles supplémentaires et par l'OAI au titre de l'abattement – et d'une atteinte de la hanche et de la colonne lombaire, objectivées par l'IRM du 16 janvier 2017, atteintes qui n'ont jamais été examinées par le SMR. On ne sait ainsi pas si lesdites atteintes justifient des limitations fonctionnelles supplémentaires ni si elles sont susceptibles d'entraîner une baisse de rendement, voire une incapacité de travail partielle. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail eu égard à toutes les atteintes dont souffre le recourant. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 30 décembre 2016 sera annulée. ![/endif]>![if> Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du

règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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