

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2094/2010

ATAS/1133/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 10 novembre 2010**

En la cause

Monsieur K\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur K\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1966, est marié et père de trois enfants, nés en 1992, en 1994 et en 1999.
2. De 1988 à 1999, l'assuré a travaillé dans une épicerie comme caissier-vendeur. De 2000 à 2002, il a travaillé pour une entreprise du bâtiment comme ouvrier polyvalent, de 2004 à 2005 comme agent de nettoyage et de 2006 à 2007 comme concierge, à raison de 3 heures par jour.
3. En date du 31 août 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Dans la rubrique concernant les atteintes à la santé, il était mentionné qu'il souffrait d'une maladie chronique du genou gauche depuis trois ans. Il précisait enfin qu'il était actuellement bénéficiaire de prestations de l'assurance-chômage.
4. Selon un rapport médical adressé le 2 novembre 2007 à l'OAI, la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale existant depuis 2001, de chondropathie rotulienne existant depuis 2002 et un état anxieux dépressif. Elle traitait également l'assuré depuis 2000 pour une bronchite chronique sur tabagisme sévère et insuffisance respiratoire. À cet égard, un travail dans les nettoyages était contre-indiqué. Elle précisait que l'assuré était aussi suivi par le Dr B\_\_\_\_\_. La Dresse A\_\_\_\_\_ concluait à une incapacité de travail de 50 %. Pour le surplus, elle se référait à une expertise du Dr B\_\_\_\_\_ du 2 mai 2003 concluant que l'assuré ne pouvait pas travailler dans le bâtiment.
5. Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur du 5 novembre 2007, rempli par la société X\_\_\_\_\_ SA, que l'assuré a travaillé comme personnel d'entretien du 2 mai 2006 au 30 novembre 2007, date correspondant à l'échéance de son contrat de travail résilié en raison d'une longue absence pour maladie sans reprise de travail. L'horaire de travail était de 2 heures et demi par jour, 5 jours par semaine, pour un salaire horaire de 17 fr. 80.
6. Par pli du 29 novembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecin praticien, a indiqué que l'assuré l'avait consulté à une seule reprise le 21 janvier 2004 pour un problème dermatologique, de sorte qu'il ne trouvait pas utile d'établir un rapport médical complet.
7. Le 15 janvier 2008, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI que l'assuré l'avait consulté à une seule reprise en date du 10 décembre 2001, de sorte que l'Office était invité à s'adresser à son médecin actuel pour l'établissement d'un rapport médical.

8. En date du 17 janvier 2008, la Fondation Intégration pour tous (ci-après: IPT) a adressé à l'OAI deux rapports de sortie, établis à la demande de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE). Il en ressort que les stages entrepris par l'assuré ont été rapidement interrompus pour des raisons médicales.
9. Par courrier du 16 juin 2008, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a informé l'OAI qu'il avait reçu l'assuré à sa consultation en tant que médecin-conseil du chômage et qu'aucun rapport n'a été rédigé lors de cet examen. Seul un préavis médical a été rempli et envoyé à l'OCE.
10. Dans un avis médical du 3 juillet 2008, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR), soit pour lui le Dr Th. D \_\_\_\_\_, a indiqué avoir eu un contact téléphonique avec la Dresse A \_\_\_\_\_, la priant de transmettre les rapports radiologiques des genoux, les analyses des ponctions d'épanchement, les rapports des tests des fonctions respiratoires et d'allergologie. La Dresse A \_\_\_\_\_ a demandé si ces examens devaient être faits dans l'hypothèse où elle n'avait pas ces documents. Le SMR a répondu par la négative. Quant à l'IRM du 6 juin 2002 effectué dans le cadre du dossier SUVA, il relevait une ébauche d'arthrose fémoro-tibiale interne et une dégénérescence mucoïde de grade II du segment moyen du ménisque externe. Au vu de ces éléments, le Dr D \_\_\_\_\_ proposait la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR pour déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
11. Selon rapport du 8 octobre 2008 établi par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, destiné à la Dresse A \_\_\_\_\_, l'anamnèse se résume à l'existence, depuis la fin des années 1990, d'une gonalgie gauche décompensée lors des activités professionnelles dans l'entreprise Y \_\_\_\_\_, symptomatologie douloureuse qui semble persister jusqu'à maintenant. L'anamnèse actuelle montre l'existence de réveils nocturnes avec algies globales de l'hémicorps gauche, survenant 1 à 2 fois par semaine. L'assuré doit alors se lever, prendre un anti-inflammatoire et s'assied devant sa télévision. Il fait état d'une gêne douloureuse, touchant le compartiment antérieur du genou gauche et la partie distale de la cuisse, quasiment constante, accentuée modérément lors des passages assis/debout et lors des montées/descentes. Il n'y a pas de disesthésies. Il existe également des lombalgies, accentuées lors des piétinements. Il n'y a pas de sciatalgie. Le traitement actuel semble se limiter à quelques prises d'AINS et d'antalgiques (Tramal). Lors de l'entretien, l'assuré a l'air parfaitement honnête, sans signes nets d'exagération. Le discours est plutôt lent, le regard inexpressif. À l'examen clinique, le Dr E \_\_\_\_\_ note, en orthostatisme, une accentuation et un allongement de la cyphose dorsale. La marche à pieds nus se fait de manière lente et à petits pas. Le médecin ne constate pas de problèmes pour la marche sur les pointes ou les talons. Il fait état de l'apparition d'une petite tension paralombaire droite. Une diminution modérée aux possibilités de mobilisation de l'articulation sacro-illiaque droite est présente tant lors des tests effectués en orthostatisme qu'en décubitus ventral. Il y a

une rétraction modérée de la chaîne postérieure au niveau du membre inférieur gauche. Il n'y a pas de rétraction modérée de l'ilio-psoas, d'un côté ou de l'autre. Il n'y a pas de disbalance musculaire nette au niveau des membres inférieurs. Il n'y a pas d'anomalie au testing de la force des membres inférieurs. Au vu de ce qui précède, le Dr E\_\_\_\_\_ souhaitait obtenir de la Dresse A\_\_\_\_\_ des précisions, à savoir s'il s'agissait non seulement de tenter une nouvelle approche thérapeutique pour la symptomatologie douloureuse du genou gauche (surtout) et lombaire, mais également de constituer un dossier pour la demande de prestations AI de l'assuré (50% selon l'anamnèse recueillie).

12. Dans un rapport médical du 17 décembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a mis en avant les mêmes diagnostics que ceux mentionnés dans son rapport adressé le 2 novembre 2007 à l'OAI. S'agissant des restrictions physiques, elle a ajouté que la flexion et l'extension de la jambe étaient très douloureuses, surtout à la marche. Selon ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à hauteur de 50 %, avec diminution de rendement. Elle indiquait enfin que l'assuré envisageait une activité de chauffeur de taxi à raison de 50 %.
13. Il ressort d'un avis médical SMR du 5 janvier 2009 établi par le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et également en rhumatologie, qu'un examen rhumatologique de l'assuré a eu lieu le 17 septembre 2008. Ce médecin ne pouvait confirmer l'insuffisance respiratoire incapacitante. Au niveau rhumatologique, l'assuré présentait des troubles dégénératifs débutants des genoux. Pour pouvoir établir son rapport final, il demeurait dans l'attente de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_.
14. Par rapport médical du 15 janvier 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de troubles statiques et fonctionnels du rachis, prédominant au niveau du bassin, un très probable syndrome fémoro-patellaire du genou gauche existant depuis 1999, et d'un status post-contusion du genou gauche existant probablement depuis 2002. Sur le plan de l'anamnèse, ce médecin relève un développement progressif, depuis 1999 (travail dans le bâtiment) d'une gonalgie gauche nécessitant un arrêt des activités professionnelles. Actuellement, le genou reste douloureux, avec réveils nocturnes et développement de douleurs globales de l'hémicorps gauche (1 à 2 épisodes de réveil nocturnes par semaine). Dans ce cadre, l'assuré doit se lever et prendre des AINS. La gonalgie gauche est modérée lors des montées/descentes des escaliers. Les lombalgies basses sont "chroniques", accentuées lors des piétinements. Il n'y a pas de sciatalgies. Le Dr E\_\_\_\_\_ reprend pour le surplus ses constatations lors de l'examen clinique du mois d'octobre 2008. Selon le médecin, le pronostic est défavorable, en raison de la longueur de l'histoire clinique et de l'échec des approches de réadaptation antérieures et en médecine de réadaptation effectuées durant l'automne 2008. Le traitement actuel consiste en une physiothérapie de réadaptation (essai d'une rééducation fonctionnelle), mais semblait être un échec

selon les renseignements que le Dr E\_\_\_\_\_ a recueillis. Selon ce médecin, toute station debout prolongée ou tout effort physique provoquent l'apparition d'intenses douleurs au niveau du rachis et du genou gauche. Dans le cadre de son rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, se limitant à mentionner que, dans le cadre d'une activité adaptée, une activité en position assise et une activité dans différentes positions est possible, 4 à 6 heures par jour, sans toutefois mentionner de taux précis et en précisant qu'il s'agit d'une interrogation plus qu'une affirmation.

15. Le 13 février 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'examen rhumatologique. Les diagnostics retenus par ce médecin, avec répercussion sur la capacité de travail, sont les suivants: syndrome fémoro-patellaire et gonarthrose débutant du compartiment interne gauche. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il s'agit de lombalgies intermittentes, dans un contexte de trouble statique et d'une ancienne maladie de Scheuermann. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr F\_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit. Il s'agit d'un assuré de 42 ans, ayant travaillé dans des emplois multiples (peintre en bâtiment, employé d'épicerie, personnel d'entretien d'un EMS), en arrêt de travail complet depuis le 27 novembre 2006 et à 50 % à partir du 30 novembre 2007. La Dresse A\_\_\_\_\_ annonçait, dans son rapport médical du 2 novembre 2007, comme diagnostics incapacitants une gonarthrose bilatérale, une chondropathie rotulienne, une insuffisance respiratoire chronique et un état anxio-dépressif. Il n'y a toutefois pas d'examen cliniques à disposition. L'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2002, médecin d'arrondissement de la SUVA, indiquait que le 7 septembre 2001, l'assuré a eu une blessure du cuir chevelu, une contusion des genoux, un traumatisme thoracique, des douleurs de l'épaule droite. Le 10 avril 2002, l'assuré a eu une blessure du front et une contusion du genou gauche. Dans ses conclusions, le Dr G\_\_\_\_\_ annonçait qu'il n'y avait plus d'évidence de lésion traumatique au niveau du genou, la situation étant celle d'une gonarthrose. La blessure au niveau du front était guérie. L'IRM du genou gauche du 6 juin 2002 révélait une ébauche d'arthrose fémoro-tibiale interne et une dégénérescence méniscale externe.

Lors de l'entretien au SMR, l'assuré a remis une copie de son curriculum vitae. Il a travaillé en tant qu'employé d'épicerie et agent de nettoyage. Lors de ces activités, l'assuré n'a pas eu à porter de charges. L'assuré se dit incapable de reprendre ce type d'activité en raison de gonalgies prédominantes à gauche ainsi que de lombalgies basses intermittentes. Les symptômes sont de type mécanique, exacerbés en station debout, prolongée et à la marche pour les gonalgies, et en flexion antérieure du tronc pour les lombalgies. L'assuré se décrit très limité avec une durée de marche sans s'arrêter de 30 minutes et dans l'impossibilité de porter davantage que 5 kilos. L'assuré a constaté de façon intermittente une tuméfaction du genou gauche. Il n'a jamais eu de ponction. L'assuré prend quotidiennement un traitement d'Ibuprofen et en réserve un traitement de Tramadol. L'assuré se rend avec une vitesse de marche normale en salle d'examen. Il présente une légère boiterie gauche pour se rendre sur

la balance. La tolérance en station assise est bonne, l'assuré n'a pas de difficulté pour faire ses transferts. L'assuré reste eupnéique pendant tout l'examen, également lorsqu'il descend un étage. L'examen pulmonaire montre des sibilances en fin d'inspiration sur les plages hautes compatibles avec un syndrome obstructif. L'assuré n'a pas de cyanose ni de toux productive lors de l'examen. Le Dr F\_\_\_\_\_ exclut une insuffisance respiratoire ayant un impact sur la capacité de travail dans les activités décrites. Il n'y a pas d'autre élément objectivable dans le dossier pouvant attester une insuffisance respiratoire potentiellement incapacitante, comme une spirométrie ou un test d'effort. La radiographie du thorax de septembre 2007 montre un parenchyme pulmonaire dans les limites de la norme, sous réserve de la sensibilité du cliché. Au niveau articulaire périphérique, l'assuré présente un discret trouble statique au niveau des genoux sous forme d'un genu varum de 3 cm, que ce soit en position couchée ou debout. La mobilité est légèrement limitée à gauche, douloureuse en fin de flexion. Il n'y a pas d'épanchement ni d'amyotrophie de non-utilisation. Les tests méniscaux et de recherche d'une instabilité sont sans particularités. Lors des mouvements de flexion-extension, un crissement fémoropatellaire gauche se fait ressentir. Le test du rabot, exécuté à plusieurs reprises, est légèrement positif, ces deux éléments orientant vers un syndrome fémoropatellaire. Le compartiment interne est douloureux à la palpation de même que l'insertion du tendon quadricipital à gauche sur la rotule. Au niveau du rachis, l'assuré a une hypercyphose, une antéépulsion de la tête évoquant une ancienne maladie de Scheuermann. Il existe plus bas une légère scoliose lombaire à convexité droite, persistant en flexion du tronc. Il n'y a pas de syndrome rachidien, et la palpation des deux derniers étages est légèrement douloureuse. Il n'y a pas de sciatique irritative, pas de déficit neurologique de type radiculaire. L'examen du dossier radiologique montre un discret pincement fémoropatellaire externe gauche et un discret pincement du compartiment interne gauche compatible avec des troubles dégénératifs débutants. Le cartilage de la rotule est d'aspect hétérogène évoquant une chondromalacie. Il existe une lésion kystique sur la partie postérieure du ménisque externe gauche. Une lésion du ménisque interne n'a pas été visualisée. Il n'y a en tout cas pas de déchirure conséquente. L'étude des clichés du rachis confirme l'impression clinique d'ancienne maladie de Scheuermann avec une hypercyphose, un aspect feuilleté des plateaux vertébraux. Il s'y surajoute un début de spondylose antérieure.

Il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assuré, ses difficultés rencontrées dans les différentes activités professionnelles, même physiquement légères, et les constatations radiocliniques objectivables. Les troubles dégénératifs au niveau du genou gauche sont légers et n'expliquent pas une incapacité de travail de 50 % dans une activité d'employé d'épicerie ou d'agent de nettoyage. L'assuré n'a travaillé que deux ans comme peintre en bâtiment. La situation clinique au niveau des genoux est similaire à celle décrite en 2002 par le Dr G\_\_\_\_\_, médecin conseil de la SUVA. Il s'agit donc toujours d'une ébauche d'arthrose fémorotibiale

interne et d'un léger syndrome fémoropatellaire. Lors de la mise en arrêt de travail, l'assuré ne travaillait plus comme peintre en bâtiment mais comme concierge. Auparavant, de 2004 à 2005, il a fait des nettoyages dans un EMS. En étant large, on peut retenir une incapacité de 50 % dans l'activité contraignante de peintre en bâtiment, au vu des limitations fonctionnelles retenues. Dans une activité de nettoyage ou d'employé dans une épicerie, le SMR retient une incapacité de travail de 20 % eu égard aux éléments objectivables d'atteinte dégénérative légère du genou gauche. Le pronostic défavorable du Dr E\_\_\_\_\_ se base sur la durée des symptômes et sur la non réponse au traitement. Il s'agit d'un pronostic quant à la résolution des symptômes et non d'un pronostic sur la gravité de l'atteinte organique. Dans une activité adaptée, l'exigibilité est complète. Le Dr F\_\_\_\_\_ partage l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ quant aux chances de succès restreintes de mesures d'ordre professionnel. Les limitations fonctionnelles pour le genou gauche sont: travail à genou, travail accroupi, montée-descente répétée d'escalier, position debout statique au-delà d'une heure, port de charge au-delà de 15 kg. En conclusion, dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage, la capacité de travail exigible est de 80 % depuis le 27 novembre 2006. Dans une activité adaptée, elle est de 100 %.

16. Selon projet de décision du 11 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'assuré au motif qu'un degré d'invalidité de 20 % ne donnait pas droit à une rente invalidité ni à des mesures professionnelles.
17. Le 12 octobre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire son conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI. Il contestait l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail telle que retenue par le SMR et se référait non seulement aux renseignements que la Dresse A\_\_\_\_\_ a fournis à l'OAI, mais également aux rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 8 octobre 2008 et 21 janvier 2009. L'assuré estimait qu'en aucune manière il ne pourrait reprendre à 80 % son activité antérieure d'agent de nettoyage ni aucune autre à 100 %, même adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le pronostic défavorable émis par le Dr E\_\_\_\_\_ était parfaitement motivé et pertinent. Il résultait du dossier médical que tout effort ou station debout provoque d'intenses douleurs tant au niveau de son genou gauche qu'au niveau dorsal, ce qui rendait bien évidemment impossible toute reprise d'une activité telle que celle d'agent de nettoyage. Seule une petite activité en position assise pourrait être envisagée, sous toute réserve, à raison de 4 à 6 heures par jour. Ainsi, l'assuré estimait que le droit à une demi-rente au minimum serait ouvert. Pour le surplus, il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors que le Dr E\_\_\_\_\_ faisait allusion à un état anxieux et catatonique.
18. Dans un rapport médical du SMR du 30 mars 2010, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, relevait que le Dr E\_\_\_\_\_ décrivait, le 15 janvier 2009, l'absence de signe d'exacerbation de la gonarthrose ("genoux secs, stables et libres") et l'absence de sciatalgie, observations qui correspondaient à

---

celles de l'examen SMR du 17 septembre 2008 et qui appuyaient le constat de discordance entre les plaintes et les constatations radiocliniques. Concernant l'état de santé psychique, le Dr H\_\_\_\_\_ relevait que ni les rapports de la Dresse A\_\_\_\_\_ et du Dr E\_\_\_\_\_, ni l'anamnèse relevée lors de l'examen SMR ne donnaient d'indices pour la présence d'un trouble psychique nécessitant un traitement psychiatrique ou psychopharmacologique. L'observation anamnestique d'un état anxieux et catatonique en 2001, rappelé par le Dr E\_\_\_\_\_ et constaté lors d'une consultation en urgence suite à un accident, n'avait pas conduit à une prise en charge psychiatrique, hormis une seule séance chez le Dr B\_\_\_\_\_, le 10 décembre 2001. Suite à l'examen SMR du 17 septembre 2008, la seule notion anamnestique de diffusion des gonalgies nocturnes dans l'hémicorps gauche a été relevée, sans observation, lors de l'examen, de signes cliniques en faveur d'un trouble douloureux chronique ou d'une fibromyalgie. Par conséquent, le SMR estimait que les arguments soulevés par l'assuré dans le cadre du projet de décision ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport SMR du 13 février 2009.

19. Par décision notifiée le 18 mai 2010 à l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son projet de décision du 11 septembre 2009.
20. L'assuré forme recours par écriture du 15 juin 2010 devant le Tribunal de céans. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, à l'annulation de la décision du 18 mai 2010 et à la condamnation de l'OAI à lui verser, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003, un trois-quarts de rente. Dans le cadre de son recours, il produit une attestation médicale du 9 juin 2010 établie par la Dresse A\_\_\_\_\_. Il en ressort que suite au dernier IRM, l'état de santé de l'assuré ne s'améliore pas et son genou gauche subit des aggravations. La Dresse A\_\_\_\_\_ demande que "*la décision de l'AI à 50 % soit retenue*" et indique que le recourant peut travailler à 50 % dans une position assise. Le recourant produit également un rapport d'IRM effectué le 7 juin 2010 par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, dont les conclusions sont les suivantes: discret épanchement intra-articulaire et kyste synovial; déchirure partielle grade II de la corne postérieure du ménisque interne; dégénérescence mucoïde du ménisque externe; lame de liquide sous ligament collatéral externe, s'étendant vers la tête du péroné, de signal hypo-intense en T1 et hyperintense en T2, sans rehaussement anormal après l'injection du gadolinium évoquant une bursite; ilot osseux d'aspect banal à la hauteur de la tête du péroné, de signal hypo-intense en T1 et en suppression de la graisse; pincement du compartiment interne du genou. S'agissant de la motivation, le recourant relève que les renseignements fournis par le Dr E\_\_\_\_\_, qui coïncident avec ceux de la Dresse A\_\_\_\_\_, prouvent amplement qu'en raison de l'arthrose de ses genoux et de ses douleurs lombaires, auxquelles s'ajoute encore un état dépressif, le pronostic ne peut évidemment qu'être pessimiste. Ainsi, en aucune manière le recourant ne

pourrait reprendre l'activité de manœuvre en bâtiment qu'il exerçait entre 2000 et 2002, et il ne pourrait pas davantage exercer d'autres activités nécessitant des efforts physiques, telle que celle de nettoyeur. Seule une position assise, avec un rendement ne dépassant pas 50 %, pourrait être envisagé. Le recourant relève qu'il tente actuellement d'obtenir une autorisation d'exercer l'activité de chauffeur de taxi. Le dossier médical prouve, selon le recourant, qu'en raison d'une évolution toujours plus négative de ses gonarthroses bilatérales et de ses douleurs dorsales, non seulement il ressent des douleurs constantes mais davantage encore de fortes limitations fonctionnelles. C'est ainsi qu'il ne peut plus travailler à genou ni accroupi, ne peut plus monter et descendre de manière répétée des escaliers, ne peut plus rester en position debout au-delà d'une heure ni porter des charges au-delà de 5 kg. A tout cela s'ajoute un état anxio-dépressif relevé tant par la Dresse A \_\_\_\_\_ que par le Dr E \_\_\_\_\_, et reconnu par le SMR. Il serait nécessaire, au sujet de ce facteur psychique, de faire procéder à une expertise dès lors qu'il s'agit d'un élément susceptible d'influer sur la capacité résiduelle de travail. En conclusion, il est exclu que le recourant reprenne son activité de manœuvre en bâtiment, pour laquelle il réalisait un salaire supérieur à 5'000 fr. Il ne pourrait pas davantage travailler comme nettoyeur et il sera donc nécessaire de comparer son salaire sans invalidité, à savoir celui qu'il pourrait encore percevoir comme manœuvre de chantier, soit actuellement certainement plus que 5'500 fr. mensuellement, avec celui d'invalidé correspondant à ce qu'il pourrait réaliser dans une activité à 50 % au maximum, en position assise, comme par exemple chauffeur de taxi, un tel gain ne pouvant de toute évidence pas excéder un montant de l'ordre de 2'000 fr., surtout si l'on tient compte d'une réduction usuelle prenant en considération les limitations fonctionnelles, le temps d'immobilisation et le passage d'une activité lourde à une activité en position assise. Son taux d'invalidité étant supérieur à 60 %, un trois-quarts de rente et en tous les cas une demi-rente devrait lui être octroyé.

21. Par mémoire de réponse du 15 juillet 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. Selon l'intimé, le rapport établi par le SMR le 13 février 2009 a été établi de manière circonstanciée, par un spécialiste, au terme d'une étude attentive et complète du dossier. Il relate par le détail les résultats des examens, tout en tenant compte des plaintes, de l'anamnèse du recourant et du dossier radiologique. Les diagnostics posés sont clairs, les conclusions motivées et exemptes de contradiction. Ainsi, l'examen du SMR remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Quant au recourant, il n'apporte aucun élément probant susceptible de remettre en cause ladite expertise, le simple fait que les médecins-traitants apportent une appréciation différente étant insuffisant pour remettre en cause l'examen précité. À cet égard, le recourant n'expose en rien en quoi l'examen du SMR ne serait pas probant, se bornant à constater que la capacité de travail retenue par les médecins-traitants diffère de celle de l'expert. Ainsi, une nouvelle expertise ne se justifie pas.

22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 10 août 2010.
23. En date du 23 septembre 2010, l'OAI a produit une attestation médicale du Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort que le recourant souffre d'un épisode dépressif moyen depuis juin 2010 qui nécessite la poursuite des soins psychiatriques.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente.
4. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.  
  
b) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, 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, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). En revanche, les nouvelles dispositions sont applicables, en ce qui concerne les éventuelles mesures d'ordre professionnel, la décision entreprise étant postérieure à l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision.

5. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) 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 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 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 ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit de manière générale

nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où elles satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATFA non publié du 27 juillet 2010, 9C\_104/2010, consid. 3.2.1 ; ATFA non publié du 6 juillet 2009, 9C\_204/2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254).

7. a) En l'espèce, force est de constater que le rapport médical du SMR du 13 février 2009 répond aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des expertises médicales. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée et le rapport se fonde sur des examens complets. Il prend également en considération les plaintes exprimées de l'assuré et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Enfin, la description du contexte médical est claire et les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ sont bien motivées.

D'ailleurs, hormis les questions du taux d'incapacité de travail et de l'atteinte psychique qui seront abordées ultérieurement, force est de constater que les conclusions du médecin du SMR, et en particulier relatifs aux diagnostics, sont superposables à celles des médecins-traitants de l'assuré. En effet, la Dresse A\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale, de chondropathie rotulienne et un état anxieux dépressif. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a relevé les diagnostics de troubles statiques et fonctionnels du rachis, prédominant au niveau du bassin, de très probable syndrome fémoro-patellaire du genou gauche existant depuis 1999, et d'un status post-contusion du genou gauche existant probablement depuis 2002. Les diagnostics retenus par le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR, avec répercussion sur la capacité de travail, sont les suivants: syndrome fémoro-patellaire et gonarthrose débutant du compartiment interne gauche. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il s'agit de lombalgies intermittentes, dans un contexte de trouble statique et d'une ancienne maladie de Scheuermann. Aussi, tous les médecins admettent l'atteinte au genou gauche et les lombalgies.

En outre, le recourant n'apporte aucun argument remettant en cause les conclusions du rapport SMR. En particulier, il n'indique pas en quoi les conclusions de ce rapport ne seraient pas soutenables et il ne met pas en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents pour le remettre en cause (cf. ATFA du 27 juillet 2010, 9C\_104/2010, consid. 3.2.2). De plus, les médecins-traitants du recourant ne contestent en aucune

façon les conclusions du rapport SMR, en particulier quant aux taux d'incapacité retenus. L'argumentation du recourant se limite à invoquer que, selon le Dr E\_\_\_\_\_, le pronostic est défavorable, élément qui ne suffit pas à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. De plus, ce médecin ne prend pas clairement position sur la capacité de travail du recourant.

La seule opinion divergente de la Dresse A\_\_\_\_\_, qui se limite à invoquer une capacité résiduelle de 50 % en tant qu'ouvrier en bâtiment, sans prendre en considération le travail de nettoyeur ou de vendeur en épicerie, ni contester les taux retenus par le SMR, ne permet pas de remettre en cause les conclusions de ce rapport. À cet égard, c'est à juste titre que le SMR a retenu comme activité habituelle, celle de nettoyeur, cas échéant de vendeur en épicerie, est non celle d'ouvrier en bâtiment. En effet, de 2004 à 2007, le recourant a officié en tant que nettoyeur, de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'il s'agit de son activité habituelle. S'agissant des troubles respiratoires allégués, force est de constater qu'aucun examen n'a été effectué par la Dresse A\_\_\_\_\_ et que le SMR n'a pas constaté d'atteintes à ce sujet pouvant causer une incapacité de travail. Quant à l'IRM effectué le 7 juin 2010, il n'est pas démontré qu'il s'agit d'une aggravation de son état, ni même, dans cette hypothèse, quelles en seraient les conséquences sur la capacité de travail du recourant. De surcroît, aucun des médecins auxquels la Dresse A\_\_\_\_\_ se référait pour étayer ses avis médicaux n'ont répondu dans le cadre de la procédure (le Dr C\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_ et le Dr B\_\_\_\_\_), dès lors que le recourant ne les avait consultés qu'à une seule reprise.

Enfin, et contrairement aux médecins-traitants du recourant, le Dr F\_\_\_\_\_ a bien expliqué les motifs pour lesquels il retenait une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. En effet, il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assuré, ses difficultés rencontrées dans les différentes activités professionnelles, même physiquement légères, et les constatations radiocliniques objectivables. Les troubles dégénératifs au niveau du genou gauche sont légers et n'expliquent pas une incapacité de travail de 50 % dans une activité d'employé d'épicerie ou d'agent de nettoyage.

Partant, à ce stade, il y a lieu de constater que les avis des médecins-traitants ne sont pas propres à remettre en cause le rapport du Dr F\_\_\_\_\_.

b) Sur le psychique, force est de constater qu'aucune pièce du dossier ne permet d'établir que le trouble anxieux avancé par la Dresse A\_\_\_\_\_ a une influence sur la capacité de travail du recourant. Quant au Dr B\_\_\_\_\_, il a indiqué que l'assuré l'avait consulté qu'à une seule reprise en date du 10 décembre 2001. Cela ne ressort pas plus de l'attestation médicale du 2 septembre 2010 établie par la Dresse J\_\_\_\_\_, qui se limite à poser le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, sans préciser si cette atteinte a des conséquences sur la capacité de

travail du recourant. Qui plus est, la Dresse J \_\_\_\_\_ indique que le trouble dépressif moyen existe depuis juin 2010, soit postérieurement à la décision querellée. Aussi, il appartient cas échéant à l'assuré de saisir l'intimé d'une nouvelle demande à ce sujet.

8. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les conclusions du rapport du SMR ont pleine valeur probante, dès lors que ses résultats sont convaincants, que ses conclusions sont motivées, que cet avis ne contient pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. Cet avis doit être privilégié à l'avis des médecins-traitants, pour les motifs précédemment invoqués. Il en découle que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire telle que requise pas le recourant n'a pas lieu d'être.

Dès lors que dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage, la capacité de travail exigible est de 80 % et, dans une activité adaptée, elle est de 100 %, le droit à une rente n'est pas ouvert. Il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus, un taux d'incapacité de 80 % dans l'activité habituelle n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

9. Partant, le recours sera rejeté.
10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, a apporté 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'assurance-invalidité 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<sup>bis</sup> LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :  
Jean-Martin DROZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le