RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3003/2006 **ATAS/336/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 mars 2007

En la cause

Monsieur V_____, domicilié , Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Bertrand REICH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur V_____, né le 1957, est au bénéfice d'un CFC de mécanicien de précision. Il a travaillé chez X_____, aux Y_____ et au Z_____, pour l'entretien des machines.

2. Suite à un accident de circulation survenu le 8 décembre 1987, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1er décembre 1988. Lors de cet accident, l'assuré a subi une fracture ouverte du pilon tibial gauche, une entorse grave du genou gauche, ainsi qu'une fracture de la cheville gauche.

3. Au cours des révisions de 1992 et 1997, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a constaté que l'état de santé de l'assuré était demeuré le même, en ce sens que ce dernier avait toujours une capacité de travail et de gain exigibles de 50%. En conséquence, le droit à la rente n'a pas été modifié.

4. Le 23 mars 2001, l'OCAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision de sa rente. L'assuré a indiqué qu'il était sans activité lucrative, et qu'il avait consulté son médecin traitant, le Dr A_____, pour la dernière fois en août 1999.

5. L'OCAI a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, pour expertise. Dans son rapport d'expertise du 1er novembre 2001, il relève que le Dr A_____, dans son dernier rapport daté du 9 mai 2001, notait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Dans son appréciation du cas, l'expert indique que le cas est stabilisé, mais signale d'importants remaniements cutanés au niveau de la jambe gauche. S'agissant des influences de l'état de santé sur la capacité de travail, il décrit une limitation nette de la mobilité de la cheville gauche, une bonne stabilité en revanche dans les deux plants, une laxité nette du genou gauche et une peau très fragile qui nécessite une protection et une bonne hygiène. L'assuré présente une limitation de l'endurance. L'assuré ne peut plus assumer des professions demandant de rester debout longtemps, des déplacements fréquents, surtout en terrain inégal, de monter et descendre les escaliers, de lever et de porter des poids. Il doit également éviter une exposition au froid et à l'humidité. Dans une activité adaptée à son handicap, la capacité de travail se situe autour de 80%, due essentiellement au fait que l'assuré doit souvent changer de position pour se dégourdir les jambes et pour trouver une position appropriée. L'assuré a déclaré par ailleurs qu'il n'avait pas eu de contrôle médical depuis le dernier en 1999 auprès du Dr A_____.

6. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport en date du 7 mars 2002. Elle a proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation du 18 mars 2002 au 16 juin 2002, au centre ORIPH de Morges.

Dans ce rapport, la division de réadaptation relevait cependant que l'assuré souffrait d'une infection aux reins pour laquelle il était suivi par le Dr C_____, et a indiqué qu'elle allait prendre des renseignements auprès de ce médecin.

7. Dans un rapport subséquent du 22 mars 2002, la division de réadaptation professionnelle a proposé d'attendre le rapport du Dr C_____ et de prendre l'avis du médecin conseil de l'AI, des mesures professionnelles n'étant pas envisageables pour l'instant. Elle a classé le mandat de réadaptation.

8. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 22 avril 2002, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il avait revu l'assuré à sa consultation du 17 avril dernier, pour son arthrose du genou gauche sur entorse grave et fracture, de même que pour son arthrose massive de la cheville gauche. Le Dr D_____ fait part d'une modification de l'état de santé de l'assuré, relevant que l'instabilité massive du genou gauche et l'arthrose invalidante de la cheville gauche justifieraient à elles seules une rente d'au moins 30%. Or, son patient est maintenant victime d'une nouvelle affection, à savoir une insuffisance rénale sur glomérulonéphrite extra-capillaire rapidement progressive. Selon le Dr D_____, cet aspect nouveau de l'état de santé du patient justifie à lui seul l'octroi d'une rente AI à 50% en raison de la baisse sévère de l'état général du patient.

9. Dans son rapport à l'OCAI du 10 mai 2002, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies des reins, a posé le diagnostic de syndrome de Goodpasture avec insuffisance rénale progressive et syndrome néphrotique connu depuis 1991. L'assuré a été en traitement du 12 septembre 2001 au 2 mai 2002. La maladie a été diagnostiquée début février à l'hôpital de la Corogne. Le patient est en état général conservé, mais présente des œdèmes des membres inférieurs plus importants à droite, résultant de séquelles orthopédiques. Le pronostic de la néphropathie est assez médiocre, compte tenu du caractère chronique de l'insuffisance rénale. Tout au plus le traitement immunosuppresseur, qui comporte des échanges plasmatiques, du Ciclophosphamide et de la Prednisone, permettrait de freiner l'évolution vers une insuffisance rénale terminale. Dans son annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr C_____ indique que la répercussion de l'atteinte à la santé consiste en une fatigabilité ainsi qu'une tendance aux infections. Il y a une diminution de rendement de 50%. Dans une activité comportant peu de charges physiques et un environnement dénué de pollution chimique, l'assuré peut travailler 4 heures par jour. Les risques d'atteinte pulmonaire soit par atteinte immunologique, soit par atteinte infectieuse, doivent être pris en compte. La capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2002.

10. Dans un rapport intermédiaire du 30 mars 2003, le Dr C_____ indique que l'état de santé s'est aggravé, s'agissant de la fonction rénale. Dans son rapport

annexe daté du 31 mars 2003, il explique que l'état de santé se modifie de façon peu perceptible, mais que l'insuffisance rénale progresse malgré la thérapeutique. L'aggravation est peu perceptible, l'état de fatigue et les œdèmes influencent négativement la capacité de travail. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle à proprement parler provenant de la maladie rénale; le Dr C_____ précise qu'il ne se prononce pas par rapport à la question orthopédique. Une reprise du travail lui semble peu probable tant que le syndrome néphrotique persiste.

11. Dans une communication adressée au conseil de l'assuré en date du 29 juillet 2003, l'OCAI a indiqué qu'aux termes de l'expertise du Dr B_____, l'assuré était apte à exercer, malgré les séquelles de l'accident survenu en 1987, une activité légère à un taux d'au moins 80%. L'OCAI avait donc l'intention d'engager un projet de réadaptation professionnel en ce sens. Cependant, entre-temps, il a été établi que l'assuré souffrait également d'une infection qui n'a pas de rapport avec les séquelles de l'accident. En tendant compte à la foi des séquelles de l'accident de 1987 et des incidences de la maladie de l'assuré, l'OCAI considère de la capacité de travail et de gain de l'intéressé ne dépasse actuellement pas 50%. En conséquence, la rente de 50% était maintenue.

12. Le Dr C_____ a adressé à l'OCAI un nouveau rapport médical intermédiaire en date du 9 septembre 2004, dans lequel il relève que l'état de santé est resté stationnaire et qu'il n'y avait pas d'aggravation sensible depuis son dernier rapport. En raison des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est d'environ 50 % en ce qui concerne la néphropathie dans une profession adaptée. La compliance est optimale. Une reprise de travail pourrait être envisagée à temps partiel dans une profession n'exigeant pas de contrainte physique importante. Dans son rapport annexé daté du 12 septembre 2004, il précise que la maladie rénale, bien que stabilisée, provoque une fatigabilité accrue et que l'évolution de la maladie et actuellement lentement péjorative. Le patient est toujours sous traitement immunosuppresseur. Le pronostic de cette pathologie est mauvais et risque de nécessiter dans un délai d'un à trois ans le recours à un traitement de suppléance rénale (dialyse).

13. Par avis du 20 septembre 2004, le SMR a considéré que médicalement, il n'y avait pas de changement notable.

14. A la demande du conseil de l'assuré, l'OCAI a rendu en date du 17 novembre 2004 une décision formelle de refus d'augmentation de la rente d'invalidité.

15. Le 15 décembre 2004, l'assuré a formé opposition, au motif que son degré d'invalidité a évolué, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité.

16. Interrogé par l'OCAI, le Dr C_____ a indiqué dans un rapport du 11 novembre 2005 que le patient souffre actuellement d'une insuffisance rénale pré-terminale pour laquelle un traitement de dialyse sera nécessaire d'ici quelques mois. Cette

situation médicale justifie actuellement une invalidité de 100%, notamment pour un travail comportant une charge physique.

17. Dans un avis du 7 décembre 2005, le Dr E_____, médecin conseil de l'OCAI, relève qu'actuellement l'assuré n'était pas sous dialyse, de sorte que l'appréciation précédente du Dr C_____, à savoir 50% dans un poste léger, reste d'actualité. En cas d'aggravation, l'assuré s'annoncera à l'AI, autrement, il faut prévoir une révision à trois ans.

18. Dans une note du 28 juin 2006, le Dr E_____, du SMR Suisse romande, indique avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr C_____ en mai, et que d'après ce dernier, le dernier contrôle remonte à août 2005; son patient ne venait à sa consultation que tous les deux à trois mois, car en réalité, il vivait et était traité en Espagne. Le Dr C_____ supervisait le traitement en cours. Le médecin précisait que vu les chiffres d'urée et de créatinine, il fallait s'attendre à commencer une dialyse qui avait peut-être déjà débuté en Espagne. Dans son appréciation, le SMR Suisse romande relève que même avec une dialyse, une activité légère physiquement est généralement possible à 50%. La capacité de travail, estimée par le Dr C_____ à 50% en 2002, est restée probablement la même depuis lors. Si une greffe a lieu, la capacité de travail revient en principe à 100%. Cependant, dès lors que l'on ne connaît rien de l'évolution depuis l'été 2005, il fallait poursuivre les investigations.

19. Par décision du 30 juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant qu'aucun élément médical actualisé ne venait contredire la capacité de travail estimée à 50% par le Dr C_____ en 2002 déjà, relevant au surplus que ce médecin n'avait pas revu l'assuré depuis le mois d'août 2005.

20. Représenté par Me Karin BAERTSCHI, l'assuré a interjeté recours en date du 18 août 2006. Il allègue que son état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année 2002, étant donné qu'il est atteint d'une affection rénale. Or, en raison de cette atteinte à la santé, le Dr C_____ évalue son incapacité de travail à 50%. Quant au Dr D_____, il retient que les séquelles de l'accident justifient à elles seules une rente d'au moins 30%. En outre, les Dr A_____ et F_____ concluent que pour les séquelles de l'accident, une rente de 30 à 40% serait justifiée, tandis que l'insuffisance rénale justifie une invalidité à 50%. Le recourant allègue également que selon l'avis du Dr C_____ du 11 novembre 2005, son invalidité est de 100% pour un travail comportant une charge physique. Pour le recourant, il se justifie de cumuler les degrés d'invalidité pour les deux atteintes à la santé dont il souffre, lesquelles ouvrent le droit à une rente entière d'invalidité depuis le début de l'année 2002.

21. Dans sa réponse du 25 septembre 2006, l'OCAI se fonde sur l'avis du SMR, aux termes duquel, après analyse complète des diverses atteintes à la santé, il y a lieu

d'admettre que dans une activité adaptée, légère physiquement, la capacité de travail est possible à 50%, même avec une insuffisance rénale. L'OCAI conclut au rejet du recours.

22. Dans ses écritures du 23 octobre 2006, le recourant conteste l'appréciation du SMR et persiste dans ses conclusions.

23. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 30 octobre 2006, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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 345 consid. 3).

En l'espèce, les faits à la base de la décision litigieuse se sont produits pour une partie avant le 1er janvier 2003 et d'autre part après l'entrée en vigueur de la LPGA. Etant donné que les règles matérielles sur la révision en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ont été reprises pratiquement sans changement dans la LPGA, elles seront citées dans leur nouvelle teneur. Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

5. L'objet du litige consiste à déterminer si l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure justifiant l'augmentation de son degré d'invalidité et par conséquent son droit à la rente.

6. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

   Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

7. En l'espèce, lors de la décision d'octroi initial de la rente, le recourant présentait des séquelles invalidantes après fracture ouverte du pilon tibial gauche, entorse grave du genou gauche et fracture de la cheville gauche. Les suites ont été compliquées par une importante nécrose surinfectée, qui a nécessité une greffe cutanée, et une algodysdtrophie. La position assise lui était supportable, pour autant qu'elle ne soit pas de trop longue durée. L'incapacité de travail a été évaluée à 50 % (cf. rapports Dr A_____ et B_____ de la CNA-SUVA; décision CNA-SUVA du 8 novembre 1991). Les révisions successives n'ont pas montré de changement dans l'état de santé, ni dans la capacité de travail et de gain.

   Au cours de la présente procédure de révision, le Dr A_____, médecin traitant, note dans son rapport du 9 mai 2001 que l'état de santé du patient est stationnaire et qu'il n'y a pas de modification notable du status. Il mentionne toutefois que le

dernier examen a eu lieu le 7 septembre 1999. Dans son rapport d'expertise du 1er novembre 2001, le Dr R. B_____ mentionne que le cas est naturellement stabilisé, mais que l'on ne peut exclure une évolution arthrosique dans le futur. D'autre part, il y a aussi d'importants remaniements cutanés au niveau de la jambe gauche. Le recourant présente des limitations nette de la mobilité de la cheville gauche, une laxité nette du genou gauche et une peau fragile nécessitant une protection et une bonne hygiène. L'endurance est limitée, il doit éviter la position debout prolongée, de porter ou soulever des poids; il ne peut se déplacer longtemps sur sol irrégulier, ni monter et descendre les escaliers et doit avoir une activité variée. Enfin, il doit éviter une exposition au froid et à l'humidité. Selon l'expert, dans une activité adaptée à son handicap, la capacité de travail se situe autour de 80 %, due essentiellement au fait que le recourant doit souvent changer de positions.

Le Dr D_____ signale, le 22 avril 2002, que le recourant souffre d'une nouvelle affection, à savoir une insuffisance rénale sur glomérulonéphrite extra-capillaire rapidement progressive. Le Dr A_____ confirme dans son rapport du 12 mai 2002 que le recourant présente une maladie de Goodpasture, diagnostiquée à l'hôpital de La Corogne début févier, avec atteinte rénale, syndrome néphrotique et insuffisance rénale chronique. La fatigabilité est accrue et le pronostic de la néphropathie assez médiocre. S'agissant de la capacité de travail, le Dr A_____ considère qu'une activité comportant peu de charges physiques et dans un environnement dénué de pollution chimique pourrait être exercée 4 heures par jour dès le 1er octobre 2002, étant précisé que les risques d'atteinte pulmonaire doivent être pris en compte. Le 30 mars 2003, le Dr A_____ note une discrète aggravation de la fonction rénale, précisant que l'insuffisance rénale progresse malgré la thérapeutique. Concernant la capacité de travail, il indique qu'une reprise lui semble peu probable tant que le syndrome néphrotique persiste. Ultérieurement, le 30 août 2004, le Dr A_____ décrit l'état de santé comme stationnaire et, le 9 septembre 2004, indique que la capacité de travail est de 50 % environ en ce qui concerne la néphropathie dans une professionnelle adaptée n'exigeant pas de contrainte physique importante.

Sur ces bases, l'intimé a considéré que la capacité de travail était demeurée inchangée.

Le Tribunal de céans relève cependant, au vu du dossier médical du recourant, que son état de santé s'est modifié, avec l'apparition dès 2002 d'une pathologie néphrotique qui n'est pas sans conséquence sur sa capacité de travail résiduelle. En outre, il constate que la maladie a évolué au cours des années ; ainsi, dans un rapport adressé le 11 novembre 2005 au Dr E_____, du SMR, le Dr A_____ indique que le patient souffre actuellement d'une insuffisance rénale pré-terminale qui justifie une invalidité de 100 %, notamment pour un travail comportant une charge physique.

En conséquence, il incombait à l'intimé de poursuivre les investigations, comme le suggérait d'ailleurs le Dr E_____ dans sa note du 28 juin 2006, et de déterminer quelle est l'incidence de l'affection néphrotique sur la capacité de travail et de gain du recourant, compte tenu de son évolution, en recourant à une expertise multidisciplinaire.

Au vu de qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions des 17 novembre 2004 et 30 juin 2006.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

6. 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	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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