

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3083/2007

ATAS/1121/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 15 septembre 2009

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Anne REISER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après: le recourant), né en 1955, a travaillé près de 25 ans comme quincailler, puis comme fournisseur dans l'horlogerie. En dernier lieu, il touchait un revenu mensuel de 6'200 fr. Son dernier jour de travail fut le 12 janvier 2001.
2. Le 4 septembre 1998, le recourant a fait un faux mouvement qui a entraîné des complications au niveau du genou. Dans un rapport médical initial LAA, le Docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie, constate une tuméfaction et une entorse du genou droit, mais une rupture subtotale du ligament croisé antérieur ainsi que la déchirure oblique de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque interne sont mises en évidence par une imagerie par résonance médicale (IRM) du 13 octobre 1998.
3. Le Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une méniscectomie partielle corne antérieure et postérieure sur le recourant, en décembre 1998. A cette occasion, il a jugé que le ligament croisé antérieur était normal. Dans un rapport du 16 mars 1999, il constate une boiterie à la marche et des douleurs traitées par micalcic. Le 27 août 1999, la situation est jugée stationnaire. Le 15 mai 1999, il constate une succession d'entorses récidivantes associées à une boiterie et à un flexum.
4. Le Docteur C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a établi un rapport le 3 décembre 1999. Une très forte boiterie à droite et une persistance des douleurs sont mentionnées. "A l'examen de la motricité, nous constatons une très forte diminution de force et du tonus du quadriceps droit". Une forte atrophie musculaire de la cuisse droite est détectée. Il existe une indication à une ligamentoplastie, mais son exécution demeure prématurée compte tenu de l'état de la musculature. Le Docteur C_____ relève une contradiction entre le rapport d'IRM du genou pratiqué le 13 octobre 1998 qui fait état d'une rupture subtotale du ligament croisé antérieur et le rapport d'arthroscopie pratiqué le 5 novembre 1998 qui ne fait état que d'une lésion du ménisque interne avec résection partielle.
5. Le recourant a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), qui a établi un rapport en date du 20 mars 2000. Il est d'abord rappelé que l'évolution du recourant est marquée par une limitation fonctionnelle et la persistance de douleurs. Une amyotrophie majeure du membre inférieur gauche (MIG) avec importante faiblesse musculaire est diagnostiquée. La capacité de travail est estimée à 50% en tant que fournisseur dès le 28 février 2000, à réévaluer au 13 mars 2000. Il est relevé que l'assuré travaille assis sans problèmes, sans aucune plainte.

6. Le recourant a été opéré une nouvelle fois le 25 janvier 2001 par le Docteur B_____, en raison d'une rupture du ligament croisé postérieur du genou droit.
7. Par rapport du 23 avril 2001 à la SUVA, le Docteur B_____ diagnostique un status après ligamentoplastie du genou droit. L'évolution est jugée favorable. Il préconise de la physiothérapie et de l'auto-physiothérapie.
8. Le 30 octobre 2001, le Docteur C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA à Genève et spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, signale dans son rapport sur examen médical final que le patient se plaint toujours d'un déficit d'extension du genou et de la difficulté de tenir la position assise plus d'une heure. Le recourant "estime qu'actuellement il ne peut reprendre son travail même adapté". L'examineur constate une très forte boiterie à droite lors de la marche et une pression donnée comme douloureuse au niveau de toute la face interne du condyle et du tibia proximal. Une intervention chirurgicale ainsi que la poursuite de la physiothérapie semblent contre indiquées. Seul un traitement symptomatique doit être maintenu pour soulager le recourant de ses douleurs. L'examineur estime que le recourant peut reprendre un travail avec possibilités de changements de position fréquents, exempt de port de charges ou de marches en montée ou en descente. De plus, à cause d'une instabilité articulaire modérée complexe du genou intéressant un ligament croisé et les ligaments latéraux, une atteinte à l'intégrité à hauteur de 15% est reconnue au recourant.
9. En mars 2002, le recourant a subi une nouvelle intervention chirurgicale. En mai 2002, il dépose une demande de prestations AI pour adultes visant l'octroi d'une rente à cause d'un accident survenu en 1998 ayant provoqué une atteinte au genou droit et une dépression consécutive.
10. Dans un rapport du 9 juillet 2002, le Docteur B_____ indique qu'un dommage permanent est à craindre. Il réserve son pronostic. Le recourant éprouve de la difficulté à la marche et au statut debout. Le Docteur B_____ estime que le recourant peut tenir la position assise environ 6 heures par jour, se baisser ou incliner le buste. Il ne peut toutefois tenir la position debout, à genoux ou accroupie, alterner les positions assis/debout, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, lever, porter ou déplacer des charges. La capacité de travail est estimée à 0% dans l'activité déjà exercée mais à 80% dans une nouvelle profession, après reclassement professionnel. Le 15 juin 2003, il indique que l'état s'aggrave, que l'évolution est défavorable et mentionne d'importantes limitations fonctionnelles.
11. Dans un nouvel examen du 29 octobre 2002, le Docteur D_____ relève un déficit fonctionnel important. Le recourant ne peut marcher sans canne et le résultat de la ligamentoplastie est défavorable. Il n'y a plus de capacité de travail dans le métier précédent. Toute activité en position debout est impossible. "Pour les activités en

position assise, il existe une limite dans le temps en raison d'un syndrome douloureux chronique important du membre inférieur droit".

12. Le 23 juin 2003, l'employeur du recourant a mis un terme à son contrat de travail avec effet au 31 août 2003.
13. Dans un rapport du 3 juillet 2003, le Docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostique, dans un rapport médical destiné à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI), les affections psychiatriques suivantes: surveillance inadéquate de la part des parents, pression parentale inappropriée, troubles de l'humeur organiques, dystonie neurovégétative. Le recourant est "démoralisé, aboulique, apragmatique avec sommeil désorganisé".
14. Vu ce qui précède, l'OCAI a diligenté une expertise psychiatrique, réalisée par le Docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 novembre 2003, l'expert dresse l'anamnèse familiale, personnelle, socioprofessionnelle et médicale du recourant, résume le dossier historique médical, décrit les plaintes du recourant puis procède aux constatations cliniques. Il ne diagnostique aucun trouble psychiatrique. En effet, le recourant est extrêmement laconique, peu spontané ; il n'a pas d'idées noires ou suicidaires, une vision du futur persiste, bien qu'elle soit sous le signe d'une résignation par rapport à l'intégrité et la validité de son corps ; une mimique et une expression corporelle de douleurs, très intenses, est visible ; il n'y a pas de troubles cognitifs, le patient est éveillé, sans problèmes de mémoire, ni de concentration, sa vigilance est même aiguisée ; il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique, pas de trouble formel de la pensée et pas d'indice pour un trouble de la personnalité. Malgré l'expression douloureuse et une morosité mentionnée quant à sa situation et son avenir, son état thymique est plutôt normal. Un entretien avec le chirurgien traitant confirme que les limitations fonctionnelles figurant dans les rapports médicaux et mentionnées par la SUVA sont toujours d'actualité. Le chirurgien mentionne une attention particulière développée par l'assuré sur sa jambe, qui accentue les données orthopédiques pour arriver à une sorte de fixation immuable. S'agissant de la possibilité de pose d'une prothèse, le chirurgien pense que c'est peut-être un peu tôt "pour le recourant".

Dans la discussion, l'expert psychiatre constate à la lecture du dossier que le recourant a cheminé entre un optimisme léger à l'origine et une résignation totale actuellement. Étonnamment, le recourant ne se détermine pas clairement sur la possibilité de faire poser une prothèse, susceptible de soulager des douleurs qu'il qualifie de fortes ainsi qu'un handicap à la marche ; subjectivement il est probable que l'assuré préfère s'installer dans une perspective de retrait et de régression. L'expert s'écarte volontairement des autres diagnostics posés par le Docteur E_____ car les éléments du passé enfantin et de la jeunesse de l'assuré jouent un rôle subordonné et mineur car il a fait preuve, malgré les facteurs mentionnés de

son enfance, l'alcoolisme de son père et de sa mère, d'adaptation et d'intégration et d'un cheminement vers une activité professionnelle simple mais linéaire. La dystonie neurovégétative ne serait quoiqu'il en soit pas de nature à influencer la capacité de travail de l'assuré, il s'agit d'un diagnostic secondaire, que les plaintes actuelles ne reflètent d'ailleurs plus. Le tableau clinique fait penser à un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais l'expert indique disposer de trop peu d'éléments pour le retenir, d'autre part une bonne partie de la pathologie est due à une atteinte orthopédique réelle. Quant aux troubles de l'humeur organiques, il s'agit d'un diagnostic lourd qui décrit des troubles psychiques en lien avec une affection cérébrale, non objectivée en l'occurrence. Enfin et surtout, les critères pour un état dépressif simple ne sont pas donnés. L'état clinique global de l'assuré se situe plutôt dans un registre de normalité et n'est pas décompensé. Toutefois, le recourant concentre sa vision sur la problématique résultant de ses douleurs, il fait une fixation anxieuse liée à son état physique, ce qui le conditionne dans ses mouvements. Ainsi, l'expert formule l'hypothèse, basée sur les observations de la dynamique du processus d'invalidation, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales, selon la classification CIM (F 68.0). Et d'ajouter : "il se peut tout à fait que le patient, à la fin de son processus de deuil sur son intégrité totale, ait pris intérieurement la décision de ne plus vouloir lutter pour une reconquête de ses capacités ou validité".

15. Au printemps 2004 (du 24 mars au 12 avril 2004), le recourant a séjourné à la Clinique genevoise de Montana, principalement pour un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Les médecins notent que le recourant présente "une mésestime importante et un sentiment d'inutilité liés en grande partie à sa situation financière précaire". Toutefois, le recourant "possède beaucoup de ressources et souhaite retrouver l'envie de se passionner pour différentes activités".
16. Le 7 octobre 2005, le Docteur D_____ a revu le recourant dans le cadre de l'examen médical final de la SUVA. Après avoir rappelé la situation du recourant, il conclut à l'impossibilité de toute activité en position debout. Dans une profession adaptée, tenant compte des limitations mentionnées [marche avec des cannes] et tenant compte également des pauses nécessaires et des changements fréquents de position indispensables, il pourrait travailler avec un horaire complet. Étant donné la longue évolution et notamment l'absence d'amélioration depuis 2002, le médecin-conseil se dit toutefois assez pessimiste vis-à-vis des possibilités de reconversion professionnelle.
17. Le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après: SMR), interpellé sur ce rapport final, a estimé inutile la mise en place de mesures d'ordre professionnel à cause d'une majoration des symptômes psychiatriques. Le SMR préconise une approche théorique de la capacité de gain sachant que la capacité de gain est totale dans une activité adaptée.

18. Le rapport de réadaptation final du 22 mars 2006 a fixé le taux d'invalidité du recourant à 37% compte tenu d'une capacité de travail totale dès le 12 avril 1999 dans une activité adaptée. Le recourant ne disposant d'aucune formation professionnelle, le calcul d'invalidité se base sur l'exigibilité d'une activité manuelle légère, simple et répétitive et position assise. Un salaire de 48'237 fr. avec invalidité a été retenu sur la base des ESS 1998 réactualisées pour 1999, valeur centrale, hommes, activités simples et répétitives, soit 4'275 fr. par mois pour 40 heures/semaine, soit 4'467 fr. pour 41,8 heures/semaine (moyenne suisse), une réduction de 10% étant appliquée pour la limitation aux seuls travaux légers. Le salaire hypothétique sans invalidité a été fixé à 76'903 fr. pour l'année 1999, selon enquête effectuée auprès du dernier employeur du recourant. La comparaison de ces deux revenus fait ressortir un taux d'invalidité de 37,26%.
19. Sur cette base, l'OCAI a rendu, le 31 mars 2006, une décision de refus de rente au motif que le seuil minimal d'invalidité de 40% ouvrant le droit à un quart de rente n'est pas atteint en l'espèce. Des mesures d'ordre professionnel sont également refusées pour les motifs exposés ci-dessus. Cette décision a été confirmée sur opposition en date du 11 juillet 2007.
20. Le 24 septembre 2007, la SUVA a rendu une décision octroyant au recourant un capital pour atteinte à l'intégrité, ainsi qu'une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité a été fixé en tenant compte de ce que sur le plan médical, le recourant est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position assise. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait, compte tenu d'une baisse de rendement de l'ordre de 15% imputable aux pauses supplémentaires nécessaires, de réaliser un salaire mensuel d'environ 3'570 fr. Comparé au gain de 7'339 fr. réalisable sans l'accident, il résulte une perte de 51,36%.
21. Dans son recours du 13 août 2007, le recourant rappelle le manque de prise en compte de ses atteintes physiques et psychiatriques, et critique le fait que l'OCAI l'a jugé capable d'exercer un emploi conforme à ses nombreuses limitations, sans toutefois donner d'exemples de ce que pourrait être cet emploi. Il conteste également le manque de motivation pour reprendre le travail dont l'OCAI lui fait le reproche. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % et subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles de reclassement, sous suite de dépens.
22. Dans sa réponse du 17 septembre 2007, l'OCAI propose le rejet du recours, renvoyant pour le surplus aux motifs de la décision attaquée.
23. Dans le cadre de la procédure d'instruction devant le Tribunal de céans, une comparution personnelle des parties s'est tenue le 16 octobre 2007, au cours de laquelle le recourant a notamment produit deux rapports d'examen du rachis

cervical et des genoux, et allégué que son état de santé s'est aggravé d'une part depuis la dernière opération en 2002, d'autre part depuis environ une année. Un délai a été accordé à l'OCAI pour qu'il puisse soumettre ces documents au SMR, afin qu'il détermine la date de l'aggravation de l'état de santé et ses conséquences sur la capacité de travail du recourant.

24. Par courriers des 18 décembre 2007 et 14 janvier 2008, l'OCAI a transmis les avis SMR des 12 octobre et 19 décembre 2007, et proposé à nouveau le rejet du recours. Selon le SMR, l'avis du médecin traitant du recourant, le Dr G_____, relatif à un état dépressif ne peut être retenu, puisque précisément toute pathologie psychiatrique a été exclue par le biais d'une expertise, au profit d'une majoration de symptômes, qui peut être prise pour un état anxio-dépressif par un non psychiatre. S'agissant de la diminution de rendement de 15% prise en compte par la SUVA, elle correspond en fait à la déduction à opérer sur le salaire d'invalidé, qui doit peut-être être de 15 % (et non de 10 %) ce qui est toutefois une question juridique et non médicale. Pour le surplus, les nouveaux éléments produits ne sont pas propres à modifier l'appréciation du cas. D'une part, la Clinique genevoise de Montana n'est pas un hôpital psychiatrique et il n'y a pas de psychiatre sur place. Il s'agit d'un soutien psychologique et non d'un traitement psychiatrique. A noter que ce soutien a eu un impact très positif sur la thymie de l'assuré, ce qui permet de dire qu'il ne présente pas de trouble dépressif sévère; d'autre part, les rapports d'examens produits ne sont pas de nature à modifier une appréciation médicale, en l'absence de toute corrélation avec l'examen clinique et l'anamnèse.
25. Suite à la production par la SUVA, à la demande du Tribunal de céans, des éléments retenus pour le calcul d'invalidité, celle-ci a produit le rapport d'examen médical final du 7 octobre 2005 établi par le Docteur D_____ ainsi que 5 descriptifs de place de travail utilisés pour le calcul d'invalidité. Ils ont été transmis aux parties pour détermination. L'OCAI a persisté dans ses conclusions le 7 mars 2008, et le recourant a fait de même le 10 avril 2008. Il ajoute que le taux de réduction de 10% retenu par l'OCAI serait manifestement insuffisant pour tenir compte de toutes ses limitations, au contraire de la réduction de 15% opérée par la SUVA.
26. Par arrêt du 8 juillet 2008, le Tribunal de céans a partiellement admis le recours, et mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le mois d'octobre 1999, avec suite de dépens.

Le Tribunal a considéré tout d'abord que l'OCAI n'était pas lié par le calcul effectué par la SUVA, d'une part parce que la décision de celle-ci était postérieure à la décision de l'OCAI, d'autre part car la SUVA avait retenu la description de cinq postes sis dans le canton de Vaud, inapplicable en l'espèce. Le Tribunal de céans a ensuite procédé au calcul du taux d'invalidité, sur la base d'une capacité de travail de 100%, mais en retenant une déduction sur le salaire d'invalidé de 20%, et non de

10% comme retenu par l'OCAI, de sorte que le taux d'invalidité se montait à 44,2%. Enfin, le Tribunal de céans a confirmé que les mesures de réadaptation professionnelle ne se justifiaient pas en l'espèce, en raison de l'attitude du recourant.

27. Suite au recours déposé au Tribunal fédéral par le recourant contre cet arrêt, le Tribunal fédéral a annulé celui-là, par arrêt du 30 juin 2009. Il a tout d'abord confirmé l'appréciation du Tribunal de céans concernant le refus de mesures d'ordre professionnel. Il a ensuite constaté que la juridiction, après avoir exposé chronologiquement les faits et les rapports médicaux ainsi que les règles applicables à la solution du litige, n'avait toutefois pas indiqué les faits pertinents qu'elle prenait en considération pour effectuer le calcul de l'invalidité, n'avait pas indiqué ce qu'il en était de la valeur probante des divers avis médicaux figurant au dossier de sorte que l'on ignorait sur quelles bases le Tribunal s'était fondé. Or, la capacité résiduelle de travail du recourant dans un emploi adapté était contestée, et les appréciations respectives de la SUVA et de l'OCAI paraissaient avoir divergé sensiblement vu la prise en compte par la SUVA d'une baisse de rendement de 15%. Pour ces raisons, la cause était renvoyée à la juridiction cantonale pour qu'elle constate les faits et les apprécie selon les règles applicables, puis statue à nouveau. Le Tribunal fédéral a indiqué que, comme l'étendue de la capacité de travail exigible est douteuse, la question de l'évaluation de l'invalidité n'était pas abordée à ce stade.
28. Par courrier du 13 juillet 2009, le Tribunal s'est adressé aux parties en les invitant à indiquer quelles étaient leurs conclusions et suggestions d'éventuelles mesures d'instruction, d'ici au 20 août 2009. Par courrier du 13 août 2009, le recourant constate qu'il y a contradiction, s'agissant de la capacité résiduelle de travail, entre la SUVA qui considère qu'une activité adaptée pourrait être exercée à temps complet, et les médecins du recourant pour lesquels l'incapacité de travail reste entière. Les conclusions de l'expert psychiatre, en l'occurrence, sont inacceptables et seraient en totale contradiction avec l'appréciation médicale de la SUVA. Le Tribunal doit s'appuyer sur les avis médicaux des médecins en charge du recourant, ce qui conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, à compter du mois d'octobre 1999. Par courrier du 17 août 2009, l'OCAI a indiqué persister intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
29. Après transmission de ces écritures aux parties, celles-ci ont été informées le 27 août 2009 que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans, l'applicabilité de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après: LPGA), et la recevabilité du recours ont déjà été examinées, et admises, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Pour mémoire, sont applicables en l'espèce les dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et les modifications entrées en vigueur respectivement au 1^{er} janvier 2003 et 1^{er} janvier 2004. Les règles de procédure s'appliquant quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Est principalement litigieuse en l'espèce la détermination de la capacité résiduelle du recourant. S'en suivra toutefois la question du calcul du taux d'invalidité, qui n'a pas été examiné à ce jour par le Tribunal fédéral. Ces points seront toutefois repris sans modification de l'arrêt du 8 juillet 2008, dans la mesure où la position du Tribunal de céans n'est pas modifiée, pour les raisons suivantes.
4. Il est constant que le Tribunal, dans son précédent arrêt, n'a pas motivé sa position, consistant à retenir une pleine capacité de travail au recourant, dans une activité adaptée. Bien qu'inadmissible, cette absence de motivation résulte de la conviction profonde du Tribunal de ce qu'une pleine capacité de travail devait être reconnue au recourant, sur la base des rapports des médecins conseils de la SUVA, de l'expertise psychiatrique diligentée par l'OCAI, et des avis circonstanciés du SMR. Il apparaissait en effet que ces documents ne prêtaient pas le flanc à la critique, s'agissant de leur valeur probante, et que d'autre part les rapports des médecins traitants du recourant n'étaient pas de nature à mettre en cause les conclusions des spécialistes.

Il faut rappeler, une fois encore, que le recourant souffre essentiellement de douleurs à un genou, qui l'empêchent en particulier de se déplacer sur de longues distances, de s'accroupir ou de s'agenouiller, bref qui excluent toute activité en station debout. En position assise, en revanche, le recourant est parfaitement capable de travailler comme l'a retenu la SUVA au terme de l'appréciation médicale complète, ce qu'a confirmé le SMR. Certes, le médecin traitant du recourant et le médecin chirurgien sont d'un avis contraire. Toutefois, force est de constater que dans leur appréciation ils n'expliquent à aucun moment pourquoi la seule problématique du genou empêcherait une activité légère en position assise, avec possibilité d'alterner les positions, ce d'autant moins que ce genou est opérable et qu'une prothèse serait de nature à diminuer fortement les douleurs ressenties par le recourant. En vérité, ils ne cherchent pas même à justifier une pleine incapacité de travail par cette seule symptomatologie physique. Ils considèrent le cas globalement, et retiennent que l'état psychique du recourant l'empêche, quoi qu'il en

soit, de travailler. Les considérations du médecin traitant et du médecin chirurgien sur l'état de santé psychique du recourant ne sauraient prendre le pas sur l'appréciation d'un spécialiste. Par conséquent, et s'agissant de la problématique du genou, les rapports des médecins du recourant ne peuvent en aucun cas faire échec aux conclusions claires, motivées et convaincantes des médecins de la SUVA et du SMR, étant rappelé que s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Reste la problématique psychiatrique. Là encore, force est de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique effectuée. En effet, l'expert psychiatre a résumé le dossier de façon complète, procédé à une anamnèse précise, puis à l'examen clinique. Il a expliqué pour quelles raisons il n'était pas possible de retenir un diagnostic d'état dépressif. Comme rappelé dans les faits, il a par ailleurs examiné l'un après l'autre les diagnostics posés par le psychiatre traitant du recourant, en les écartant, motivation à l'appui. Là encore, il n'est dès lors pas possible de suivre les conclusions du psychiatre traitant, reprises à son compte par le médecin traitant du recourant, selon lesquelles pour des raisons psychiques le recourant serait totalement incapable de travailler dans toute profession. Au contraire, il convient de retenir qu'en l'absence de toute pathologie psychiatrique, la capacité de travail sur le plan psychique du recourant est entière. Une majoration des symptômes a été mise en avant par l'expert comme explication de l'attitude du recourant, que ses médecins ne cherchent d'ailleurs pas à détromper.

Par conséquent, une pleine capacité de travail doit être reconnue au recourant, dans un travail adapté. Point n'est besoin, en l'occurrence, de déterminer des métiers précis : les limitations fonctionnelles du recourant lui permettent d'effectuer pratiquement toutes les activités recensées par les statistiques, en particulier les activités manufacturières.

5. Ceci étant précisé, les considérants de l'arrêt rendu le 8 juillet 2008 seront repris ci-dessous, s'agissant de l'appréciation différente OCAI-SUVA, et du calcul de l'invalidité, en particulier de la déduction à prendre en compte sur le salaire d'invalidé. Contrairement à ce qu'a cru le Tribunal fédéral, l'OCAI et la SUVA ne sont pas opposés dans leurs conclusions relatives à la capacité résiduelle du recourant, mais uniquement sur le taux de réduction qu'il convient de retenir en raison des limitations fonctionnelles du recourant: la SUVA a considéré que cela générerait 15 % de diminution de rendement, alors que l'OCAI a considéré que les limitations fonctionnelles diminueraient le salaire du recourant de 10%. Comme on

le verra plus loin, le Tribunal de céans considère que la déduction retenue par l'OCAI est trop faible.

6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2).

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

Dans l'affaire litigieuse, la SUVA a utilisé la méthode dite de la description des postes de travail pour calculer le taux d'invalidité. Cette méthode de calcul est admise par la jurisprudence si elle respecte certaines conditions telles que la production d'au moins cinq descriptifs de postes de travail, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 cons. 4), ce qui a été le cas dans l'affaire litigieuse. Toutefois, au vu des éléments ressortant de l'état de fait, force est de constater que l'OCAI n'est pas lié par cette évolution. D'une part, les calculs effectués par la SUVA et la décision en découlant sont postérieurs à ceux de l'OCAI; c'est donc la SUVA qui aurait du tenir compte, le cas échéant, des calculs

de l'OCAI. D'autre part, l'OCAI relève à juste titre que la SUVA s'est basée sur cinq descriptions de postes de travail vaudois, non-pertinents car le recourant est domicilié et a toujours travaillé dans le Canton de Genève, les rémunérations vaudoises n'étant pas totalement comparables à celles de Genève. Enfin, il est exact que la baisse de rendement de 15% émane du gestionnaire du dossier, le Docteur D_____ ne l'ayant pas chiffrée.

Le taux d'invalidité du recourant doit donc être déterminé conformément au principe du taux d'invalidité théorique basé sur les chiffres de l'enquête suisse sur les salaires.

7. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 comme dans sa teneur au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées (le degré d'invalidité doit être d'au moins 40% pour un quart de rente et 50% pour une demi-rente). En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3. 4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Concernant le calcul de l'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il y a lieu de confirmer, préalablement, que l'année prise en compte pour l'évaluation et l'ouverture du droit à la rente est celle suivant la survenance de l'accident, soit 1999.

L'OCAI a fixé le revenu annuel brut sans invalidité à 76'903 fr., à savoir le plein salaire pour 1999 que l'employeur a versé au recourant sur une base volontaire, malgré les incapacités de travail totales ou partielles de celui-ci.

Le revenu avec invalidité se base sur les tabelles réalisées par l'Office fédéral de la statistique (enquête suisse sur la structure des salaires, 1998). Il a été tenu compte du salaire réalisé par un homme pour une activité simple et répétitive, soit 4'275 fr. par mois pour 40 heures de travail hebdomadaires. Il est justifié de se baser sur cette catégorie d'emplois, dans la mesure où le recourant n'a pas de formation spécifique en dehors de l'école obligatoire. Ce montant de 4'275 fr. est d'ores et déjà

réactualisé pour 1999 selon l'indice nominal des salaires. Sachant que la durée hebdomadaire du travail, en moyenne suisse pour l'année 1999, se monte à 41,8 heures, le salaire mensuel se monte à 4'467 fr. ($4'275 \text{ fr.} / 40 \times 41,8$), soit 53'604 fr. sur une base annuelle.

Il faut encore rappeler que l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, telles que les limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation peuvent amener à réduire le salaire déduit des statistiques. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, le recourant, âgé aujourd'hui de 53 ans, n'est toujours pas pleinement remis des conséquences de l'accident et en conservera vraisemblablement des séquelles permanentes, preuve en est le versement au recourant, par la SUVA, d'un capital pour atteinte à l'intégrité. S'y ajoutent encore la limitation aux seuls travaux légers et la baisse de rendement, ce qui justifie, selon l'appréciation du Tribunal de céans, de réduire le salaire de 20% et non de 10%. Ainsi, le revenu réalisable avec invalidité se monte à 42'883 fr.

En soustrayant au salaire exigible sans invalidité (76'903 fr.) le revenu réalisable avec invalidité (42'883 fr.), on obtient un solde de 34'020 fr., qui représente une perte de gain de 44,2% par rapport au salaire exigible sans invalidité.

Au vu des calculs développés ci-dessus, le recourant doit être mis au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} octobre 1999.

Le recours sera dès lors partiellement admis, et des dépens, fixés à 1'500 fr., accordés au recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions litigieuses.
3. Dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis octobre 1999.
4. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité de procédure de 1'500 fr.
5. 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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

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