REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3210/2005 **ATAS/1075/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 2 octobre 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , GENEVE	recourant
Contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Anne REISER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C_____ (ci-après: le recourant), né en 1963, a travaillé comme aide-monteur en plafonds auprès de l'entreprise X_____ S.A. dès le 1er janvier 1995. Le 15 mars 1999, il a été victime d'une contusion du genou droit lors de la manutention d'une caisse contenant des plaques de faux plafonds en aluminium. La SUVA a pris en charge le cas.

2. Une imagerie de résonance magnétique (ci-après: IRM) du genou droit pratiquée le 26 mai 1999, a mis en évidence un œdème médullaire au niveau du condyle fémoral externe ainsi qu'au niveau du plateau tibial externe, une lésion méniscale de stade III au niveau de la corne postérieure du ménisque externe, une discrète tuméfaction du ligament croisé antérieur (ci-après: LCA), ainsi qu'un épanchement intra-articulaire modéré (rapport du 27 mai 1999, Dr A_____). Par ailleurs, une lésion méniscale externe droite, ainsi qu'une lésion subtotale du LCA ont été découvertes (rapports des 17 et 27 octobre 1999 du Dr B_____ et arthroscopie du 7 octobre 1999) .

3. Une première plastie du ligament antérieur du genou droit (fémorale et tibiale), pratiquée le 27 janvier 2000, s'est soldée par un échec, en raison de l'absence de consolidation osseuse de la plastie distale du LCA.

4. Le 27 septembre 2000, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI).

5. Une deuxième plastie du LCA avec débridement et refixation de la plastie tibiale, exécutée le 29 septembre 2000 par le Dr B_____, s'est également soldée par un échec (absence de prise de greffon).

6. Du 24 avril au 25 mai 2001, le recourant a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) où il a suivi un traitement physiothérapeutique, a fait l'objet d'un consilium psychiatrique et a participé aux ateliers professionnels. Au terme de son séjour, sa capacité de travail a été appréciée comme étant nulle dans sa profession d'aide-monteur en plafonds, mais entière dans une activité légère à moyenne, exécutée essentiellement en position assise avec des déplacements sur de courtes distances (rapport de sortie du 10 juillet 2001 et rapport final des ateliers professionnels du 16 mai 2001).

7. Le 29 août 2001, le Dr C_____ a procédé à l'examen final. De son rapport du 30 août 2001, il ressort que l'état de santé était à considérer comme stabilisé après une arthroscopie et deux tentatives de plastie du LCA. Il a retenu une flexion du genou variant de 80° à 100°, un genou sensible, une absence d'une reprise du greffon. Des douleurs persistaient. Selon lui, l'incapacité de travail du recourant était totale dans l'activité d'aide monteur. Il a jugé le recourant incapable de monter et descendre fréquemment des échelles, d'être longtemps debout, agenouillé ou

accroupi ainsi que de se déplacer en terrains instables et dans les escaliers. Toutefois, dans une activité adaptée, essentiellement assise, faisant alterner la position assise et debout avec des déplacements sur de courtes distances, soit respectant les limitations fonctionnelles évoquées, une capacité de travail à plein temps et rendement existait. L'atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a été fixée à 10%.

8. Par décision du 25 mars 2002, la SUVA a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 30% et ce dès le 1er février 2002. Une IPAI basée sur un degré de 10% lui a également été allouée.

9. Par acte du 25 avril 2002, le recourant a formé opposition, alléguant une aggravation de ses douleurs et produisant le rapport médical des Drs D_____ et E_____ ainsi que l'avis du Dr B_____ selon lequel sa capacité de travail était nulle, même dans une activité légère à moyenne.

10. Par décision sur opposition du 5 juillet 2002, la SUVA a rejeté l'opposition.

11. Par acte du 8 octobre 2002, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal administratif (alors compétent) concluant à une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que les douleurs aggravées résistaient aux traitements analgésiques. De plus, il boitait lorsqu'il marchait et devait déplier sa jambe droite en position assise. Aucune capacité de travail ne pouvait être exigée.

12. Par arrêt du 30 septembre 2003, le Tribunal administratif a rejeté le recours.

13. Par décision du 26 janvier 2004, l'OCAI a accordé au recourant une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er mars 2000 au 31 août 2001. Se fondant principalement sur les avis médicaux du SMR des 6 mars et 16 mai 2003, l'office a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et ce, dès le 15 mai 2001. Le taux de 10,4% résultant de la comparaison des revenus était toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles. Un droit à une rente d'invalidité limitée du 15 mars 2000 au 31 août 2001 lui a été reconnu.

14. Une ponction du genou effectuée au Centre Hospitalier de la Région Annecienne, probablement le 9 février 2004, a révélé des staphylocoques dorés dans le liquide d'épanchement du genou. Par ailleurs, en raison de sa tuméfaction de son genou, le recourant a consulté le Dr F_____, médecin généraliste, le 11 février 2004. Ce médecin l'a adressé au Dr G_____, chirurgien orthopédiste, qui a examiné le recourant le 23 février 2004. Il a constaté un genou très tuméfié et des staphylocoques dorés dans le liquide d'épanchement du genou.

15. Par décision sur opposition du 11 juin 2004, l'OCAI a partiellement admis l'opposition du recourant, confirmant le taux d'invalidité de 10% du 1er septembre 2001 au 31 janvier 2004, mais prononçant la reprise du dossier pour instruction

complémentaire et nouvelle décision pour la période postérieure à cette date, l'aggravation de l'état de santé ayant été rendue plausible.

16. Le recourant ayant sollicité de la SUVA la révision de son droit à la rente, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport le 18 novembre 2004, après examen du recourant. Après avoir résumé le dossier médical, ce médecin a recueilli les plaintes et établi le status clinique du recourant. Dans ce cadre, différentes mesures des membres inférieurs ont été effectuées, dont le degré de flexion du genou droit évalué à 90° de façon passive. Le médecin a ensuite examiné les radiographies effectuées le 10 novembre 2004 avant de conclure qu'il n'y avait, objectivement, pas d'aggravation de l'état du genou du recourant. Son examen clinique était superposable à celui effectué le 29 août 2001 ce d'autant plus que les radiographies standard et l'IRM du 10 novembre 2004 ne montraient aucune aggravation radiologique. On ne décelait qu'un remodelage dégénératif débutant des compartiments fémoro-tibiaux, la confirmation de la redéchirure sub-totale à totale du greffon LCA. De plus, la quasi absence d'épanchement intra-articulaire plaidait contre une arthrite notamment septique qui aurait été découverte chez le recourant le 9 février 2004. En définitive, ce médecin a confirmé les conclusions retenues en 2001 déjà par le médecin d'arrondissement de l'époque.

17. Par décision du 22 novembre 2004, se fondant sur le rapport du Dr H_____, la SUVA a refusé d'augmenter le taux de rente car aucune aggravation des suites de l'accident ou diminution notable de la capacité de travail du recourant n'avaient été établies.

18. Le 21 décembre 2004, le recourant a formé opposition à la décision de la SUVA, qui a confirmé sa position par décision sur opposition du 9 février 2005.

19. Par ailleurs, par décision du 10 mars 2005, l'OCAI a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité pour la période postérieure au 1er février 2004 compte tenu de l'absence de motif de révision et d'un taux d'invalidité de 10% inchangé depuis 2001. Le 25 avril 2005, cette décision a fait l'objet d'une opposition.

20. Par écriture du 9 mai 2005, le recourant a interjeté recours contre la décision du 9 février 2005 de la SUVA.

21. Par décision sur opposition du 8 juillet 2005, l'OCAI a également confirmé sa décision du 10 mars 2005.

22. Par ordonnance du 20 juillet 2005 le Tribunal de céans a ordonné l'apport des pièces du dossier AI dans la cause dirigée contre la SUVA et la comparution personnelle des mandataires qui s'est tenue le mardi 30 août 2005. A cette occasion, la suspension de l'instruction a été ordonnée d'accord entre les parties, le recourant ayant repris une activité lucrative à titre d'essai à 50%.

23. Le dossier AI a été produit le 26 juillet 2005 et mis à disposition des parties pour consultation. Y figurent notamment le rapport du 26 février 2002 rendu à l'issu du stage COPAI, un rapport bi-disciplinaire du 6 mars 2003 des Drs I_____, rhumatologue, et, J_____, psychiatre, médecins du Service médical régional (ci- après: SMR) ainsi qu'un avis du 7 juillet 2005 du Dr K_____ du SMR. Selon le rapport COPAI, la capacité de travail résiduelle de travail était entière dans une activité adaptée, avec toutefois un rendement diminué de 25% pour des activités telles qu'ouvrier de fabrique, ouvrier à l'établi, employé au contrôle industriel ou au conditionnement de produits simples. Le rapport a toutefois conclu à un plein rendement compte tenu de l'attitude exagérément démonstrative du recourant et des incohérences cliniques. De l'avis des médecins du SMR, il fallait éviter les activités sur sols instables, mouillés ou sur des engins vibrants, favoriser une activité semi-sédentaire, principalement assise avec déplacements sur de courtes distances et limiter le port de charges répétées de plus de 10 kg. En définitive, ils ont retenu des limitations fonctionnelles à l'instar de celles qui avaient été observées à la CRR antérieurement. Dans l'activité habituelle du recourant, il existait une incapacité totale. Dans une activité adaptée toutefois, la capacité de travail était totale. Enfin, selon le Dr K_____, aucun substrat somatique ne plaidait en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Selon ce médecin, la diminution de l'amplitude de la flexion du genou invoquée par le recourant n'était pas fondée. Le Dr L_____ n'avait pas effectué les mesures sous narcose. De ce fait, auquel s'ajoutait celui qu'il était le médecin traitant du recourant, on ne pouvait pas se baser sur ses mesures.

24. Par acte du 12 septembre 2005 le recourant a sollicité préalablement la suspension de la cause, au fond l'annulation de la décision litigieuse, et à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2004, avec suite de dépens.

25. La cause a été suspendue par arrêt incident du 25 octobre 2005, dans l'attente du sort de la procédure en assurance-accidents.

26. Par courrier du 15 juin 2006, le recourant a produit le certificat médical du Dr B_____ du 27 avril 2006. Il a requis la reprise de l'instruction de la procédure dirigée contre la SUVA

27. Le Tribunal de céans lui a donné suite par ordonnance du 19 juin 2006, la cause AI restant suspendue.

28. Le Dr B_____ a été entendu en qualité de témoin à l'audience du 5 septembre 2006. A cette occasion, ce médecin a déclaré ce qui suit:

    "Je me suis effectivement occupé de M. C_____ qui a souffert, suite à l'accident de 1999, d'une rupture du ligament croisé du genou droit. Plusieurs interventions chirurgicales ont été nécessaires. Tout d'abord une arthroscopie qui a confirmé le diagnostic, ensuite une opération visant à enlever une partie du ménisque du genou droit. La situation n'ayant pas évolué favorablement, nous

avons décidé de refaire le ligament croisé, ce qui fut fait en janvier 2000, mais en raison de complications opératoires une nouvelle intervention a eu le lieu le 27 septembre 2000. Je confirme mon rapport du 14 décembre 2004, malgré les interventions susmentionnées nous n'avons en effet pas constaté une évolution favorable à laquelle nous pouvions nous attendre. Je confirme également mon rapport du 27 avril 2006. S'agissant d'une aggravation, j'indique que celle-ci, vu le diagnostic, est inéluctable et progressive. La littérature la décrit comme une évolution vers une arthrose entre 10 et 20 ans. Cette arthrose cause des douleurs et est de plus en plus invalidante au fil du temps. Je dirais que depuis début 2002 environ, l'arthrose a dû s'installer chez M. C_____ progressivement, je vois à mon dossier que dès ce moment-là les consultations sont devenues régulières, il a fait mention de ce que la situation à son avis empirait. L'arthrose est effectivement visible sur les IRM, c'est le cas sur celle pratiquée à fin 2004, cela confirme ce qui précède, c'est ce que j'ai mentionné par "atteinte dégénérative du compartiment tibio fémoral interne". Je crains que l'évolution ne continue dans ce sens, il est vraisemblable que l'on arrive à une gonarthrose, qui nécessite à terme une nouvelle opération.

S'agissant de la capacité de travail, sur question, je confirme qu'à mon avis, dans un travail sédentaire et sans déplacement, la capacité de travail de M. C_____ devrait être entière mais avec une baisse de rendement, générée par le fait que M. C_____ souffre et prend toujours une médication ce qui peut causer une fatigabilité et/ou des problèmes de concentration.

Les limitations fonctionnelles conduisent à suggérer un travail exclusivement assis mais avec possibilité de changer parfois de positions et sans longs déplacements. Je ne pense pas être compétent pour fixer un taux de baisse de rendement. J'observe que s'agissant d'un manuel, il s'agirait de réapprendre un métier ou de s'habituer à un poste de travail ce qui n'est sans doute pas facile.

Sur question, j'indique qu'à l'examen je ne constate pas véritablement une péjoration entre 2002 et ce jour mais l'évolution de l'arthrose est lente. En revanche, sur le plan subjectif M. C_____ se plaint d'une aggravation. L'arthrose est aujourd'hui modérée.

Je ne mets pas du tout en doute les douleurs alléguées par M. C_____ aujourd'hui, une petite arthrose peut générer de fortes douleurs et inversement. Il est vraisemblable que ces fortes douleurs sont influencées par la longue atteinte à la santé dont il souffre.

Sur question, je confirme qu'il me semble possible que M. C_____ travaille 8 heures par jour, sous les réserves déjà formulées.

Dans un travail d'horlogerie, par exemple, j'imagine mal M. C_____ travailler 8 heures par jour avec un rendement de plus de 50%."

29. Par écriture du 26 septembre 2006, le recourant a informé le tribunal qu'il maintenait son recours. Il a restreint toutefois ses conclusions au versement d'une rente d'invalidité de 40% (au lieu de 50%).

30. Par arrêt du 13 février 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours en matière d'assurance-accidents. Au vu des pièces au dossier ainsi que des enquêtes, le Tribunal a constaté qu'une révision du droit à la rente était exclue, en l'absence d'une modification notable de l'état de santé, au sens de l'article 17 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA). Cet arrêt est entré en force.

31. Par ordonnance du 25 juin 2007, le Tribunal a ordonné la reprise de la présente cause, et invité le recourant à faire savoir au Tribunal d'ici le 31 juillet 2007 s'il retirait son recours ou s'il le maintenait, dans cette hypothèse sur quelles bases. Le droit de réponse de l'OCAI était réservé.

32. Par courrier du 31 juillet 2007, le mandataire du recourant a indiqué au Tribunal qu'à défaut d'instructions claires de son mandant, il cessait d'occuper avec effet immédiat. Par conséquent un délai au 20 août 2007 a été accordé au recourant pour donner suite à l'ordonnance.

33. En l'absence de réponse dans le délai fixé, l'OCAI a été invité à déposer sa réponse et son dossier.

34. Par courrier du 18 septembre 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, au vu notamment de l'arrêt définitif et exécutoire en matière d'assurance-accidents.

35. Après transmission de ce courrier au recourant en date du 24 septembre 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au présent litige.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (article 56 à 60 LPGA).

4. Le litige porte sur la révision éventuelle du degré d'invalidité, le recourant demandant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé.

5. On rappellera que selon l'art. 17 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 ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances 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. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   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).

7. En l'espèce, la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant, permettant de fonder l'augmentation de la rente, a été examinée dans le cadre de l'assurance-accidents, et tranchée par la négative par le Tribunal de céans. Dans le cadre de cette précédente procédure tant les documents médicaux figurant au dossier de la SUVA que le dossier de l'OCAI ont été pris en considération. Sur cette base, force est de constater qu'aucune aggravation notable de l'état de santé ne peut être retenue. Par ailleurs, ni les plaintes du recourant relatives à des douleurs plus intenses ni les débuts de l'arthrose, ne sont constitutifs d'une aggravation sensible de la santé. Les plaintes du recourant à elles seules (aggravation des douleurs) ne suffisent pas pour admettre une aggravation de l'état de santé quand bien même le médecin traitant les estime crédibles. En outre, selon les déclarations du Dr B_____, l'arthrose évolue lentement sur une période de dix à vingt ans. Compte tenu de cette longue évolution, le médecin n'a pas véritablement constaté une péjoration entre 2002 et ce jour, et a confirmé que dans un poste sédentaire et sans déplacement la capacité de travail devrait être entière avec une baisse de rendement, qu'il ne peut cependant chiffrer. Un travail à raison de huit heures par jour dans une activité adaptée reste possible.

8. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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); 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 :
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le