

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3320/2008

ATAS/1100/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 8 septembre 2009

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1966, est arrivé en Suisse en 1992. Il a travaillé en qualité de manœuvre chez X_____ SA jusqu'au 2 juillet 2003, date à laquelle il a été victime d'un accident de la circulation.
2. Le 2 juin 2004, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande de prestations. Il a indiqué souffrir d'une atteinte aux coude et genou gauches.
3. Par rapport du 6 juillet 2004, le Dr L_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique adjoint au Service de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a relevé suivre l'assuré depuis le 27 août 2003 et a retenu un accident de scooter le 2 juillet 2003 avec fracture du condyle fémoral externe gauche, ostéosynthésé le 4 juillet 2003, et fracture de l'olécrâne gauche, ostéosynthésé le 3 juillet 2003. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 juillet 2003 dans la profession antérieure.
4. Dans un rapport de réinsertion professionnelle du 27 octobre 2004, le Dr L_____ a attesté que l'assuré n'était plus capable d'exercer son activité précédente. Une activité adaptée était envisageable, toutefois, il était trop tôt pour se prononcer concernant le type d'activité en question, et ce en raison des problèmes de langue et du niveau scolaire de l'assuré. Ses limitations fonctionnelles concernaient la position debout, la même position pendant une durée prolongée, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, l'utilisation des deux bras, le port de charges, le fait de se baisser, les mouvements des membres ou du dos occasionnels, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement froid.
5. Par rapport du 1^{er} novembre 2004, le Dr M_____, chef de clinique au Département de chirurgie des HUG, a posé les diagnostics de status post-fracture de l'olécrâne et du condyle externe de l'humérus gauches le 2 juillet 2003 et de limitations de la supination sur exostose de la tête radiale gauche. La capacité de travail était nulle dès le 2 juillet 2003. L'état de santé de l'assuré s'améliorait, mais n'était pas stabilisé.
6. Dans un rapport intermédiaire du 31 janvier 2005, le Dr L_____ a confirmé ses constatations précédentes et a informé l'OCAI que l'assuré séjournait à la Clinique romande de réadaptation depuis le 16 janvier 2005. Son état de santé était stationnaire depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en octobre 2004. Le médecin a estimé que la reprise d'une activité professionnelle adaptée était possible, toutefois, il n'a pas pu se prononcer sur le degré de sa capacité de travail, tout en attestant d'ores et déjà d'une diminution de rendement. Il a enfin remarqué

que son état de santé actuel ne permettait pas de savoir quelle sorte de reconversion professionnelle il y avait lieu de préconiser.

7. Dans un rapport du 22 mars 2005, les Drs N_____ et O_____, médecins à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR), ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1) et les diagnostics secondaires d'ostéonécrose du condyle fémoral externe gauche (M87.2), d'arthrose fémoro-tibiale externe débutante (M24.1), de status post-accident de scooter le 2 juillet 2003 avec : fracture comminutive du condyle fémoral externe gauche (T93.1), fracture luxation du coude gauche (T92.1) et ostéosynthèse du condyle fémoral externe gauche le 3 juillet 2003 et du coude gauche le 4 juillet 2003 (Z98.8). Les médecins n'ont pas noté d'évolution particulière durant le séjour de l'assuré à la clinique du 18 janvier au 16 février 2005. L'IRM du genou gauche mettait en exergue des altérations du condyle fémoral externe gauche avec œdème osseux et des irrégularités de la surface cartilagineuse, de sorte qu'il a été conclu à une nécrose du condyle fémoral externe gauche. Il existait également une lésion méniscale. Au vu de l'atteinte au genou, la situation médicale n'était toujours pas stabilisée et la capacité de travail de l'assuré était nulle dans le secteur de la maçonnerie. En revanche, la situation du coude droit était satisfaisante. D'après les médecins, après chirurgie complémentaire ou poursuite d'un traitement conservateur, la situation allait pouvoir être considérée comme stabilisée. L'assuré devait être reclassé dans une activité plus légère, plus sédentaire, non contraignante pour ses genoux et ne nécessitant pas de port de charges lourdes.
8. Par rapport d'examen final du 12 mai 2005, le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, a indiqué que l'examen clinique montrait une amyotrophie importante du quadriceps gauche, un genou avec épanchement discret, une flexion complète, une extension un peu diminuée et des craquements perceptibles et très douloureux à la mobilisation active et passive ainsi qu'une déformation en valgus de ce genou d'environ 5 à 8° par rapport au genou droit. D'après le médecin, il existait un dommage permanent important au niveau du genou gauche qui ne permettait plus à l'assuré de reprendre son activité de manœuvre de manière définitive, celui-ci devant éviter de travailler accroupi, à genoux, de monter et descendre des échelles ou de porter des charges moyennes à lourdes. Il ne pouvait plus que se déplacer sur de courtes distances, de sorte qu'il y avait lieu, d'après lui, de privilégier des travaux plus sédentaires. Au niveau du coude gauche, l'assuré devait pouvoir améliorer ses performances, notamment en ce qui concernait la force de préhension de la main, attendu qu'il n'y avait aucune amyotrophie au niveau des loges musculaires de l'avant-bras.
9. En date du 3 juin 2005, le Dr P_____ a précisé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles exposées dans son rapport du mois de mai 2005.

10. Le 15 juillet 2005, constatant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, la SUVA a mis fin au paiement des soins médicaux. Elle a toutefois continué à payer l'indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 100%, et ce jusqu'au 30 novembre 2005, date à laquelle elle avait d'ores et déjà annoncé qu'elle rendrait une décision quant au droit à une rente d'invalidité.
11. Par avis du 23 décembre 2005, le Dr Q_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a fait siennes les conclusions du Dr P_____.
12. Par rapport de réadaptation professionnelle du 6 juin 2006, un collaborateur de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains, soit d'un revenu avec invalidité de 49'134 fr., compte tenu d'une réduction de 15 %, avec un revenu sans invalidité de 55'587 fr. et a obtenu un degré d'invalidité de 11,6 %. Il a noté que l'assuré n'avait pas les ressources personnelles lui permettant de se lancer dans un projet de réadaptation professionnelle. Il semblait en effet persuadé qu'un retour dans le monde du travail lui était impossible par quel que chemin que ce soit. Une mesure d'observation professionnelle lui a été proposée lui étant rappelé les exigences de l'AI s'agissant de la motivation et de l'engagement personnel, et même après avoir compris qu'il s'agissait de la seule possibilité de prise en charge par l'AI, l'assuré n'a pas modifié sa position.
13. Par décision du 7 juin 2006, la SUVA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de gain de 23 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %.
14. Le 6 juillet 2006, l'OCAI a signifié à l'assuré une projet de décision lui accordant une rente entière du 2 juillet 2004 au 30 avril 2005, date à laquelle l'assuré ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 12%, soit un taux insuffisant pour justifier le maintien de la rente.
15. Par courrier du 6 octobre 2006, l'assuré, représenté par Me Florian BAIER, a contesté ledit projet de décision, reprochant à l'OCAI une instruction incomplète et relevant que les réponses des Drs P_____ et L_____ présentaient des points de vue apparemment opposés. Il sollicitait ainsi un examen médical complémentaire.
16. Invité à se déterminer au sujet du projet de décision de l'OCAI, le Dr Q_____ du SMR a déclaré, le 20 octobre 2006, qu'au terme de son examen, le Dr P_____ a reconnu à l'assuré une incapacité de travail totale comme manœuvre dans la construction. Constatant qu'il ne s'était pas prononcé sur l'exigibilité dans une activité adaptée, une demande lui a été adressée dans ce sens. Par une note du 3 juin 2005, il a ainsi confirmé que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, de sorte qu'il a été admis que cette activité pouvait être exercée depuis l'examen final de la SUVA. Ces conclusions n'étaient

pas en contradiction avec celles du Dr L_____ (rapport du 27 octobre 2004). Ce dernier a en effet admis qu'une autre activité était exigible de l'assuré. Les problèmes de langue et de niveau scolaire qu'il évoquait pour nuancer sa réponse sortaient du domaine médical et ne pouvaient pas être pris en considération par l'AI. Dans son rapport du 31 janvier 2005, ce spécialiste a confirmé l'incapacité totale de travail comme manœuvre et a annoncé un séjour à la CRR de Sion. Il a maintenu qu'une certaine exigibilité persistait sans en préciser le taux. Quant au Dr M_____, il ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité (rapport du 1^{er} novembre 2004), considérant à juste titre que l'état de santé n'était pas stabilisé.

Le Dr Q_____ a ainsi conclu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle en qualité de manœuvre et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles concernant son membre inférieur gauche et son coude gauche dès le 11 mai 2005, date de l'examen clinique du médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le médecin du SMR, une expertise était ainsi superflue.

17. Le 19 janvier 2007, l'assuré a informé l'OCAI qu'il souhaitait pouvoir retrouver une petite activité et a sollicité que son dossier soit communiqué au Service de placement. Il a transmis à l'OCAI un courrier du 13 décembre 2006 du Dr R_____, chef de clinique au Département de chirurgie des HUG, lequel a notamment attesté qu'il était partiellement soulagé par une attelle varisante du membre inférieur gauche et que sa capacité de travail était nulle dans sa précédente profession et dans tout travail nécessitant de la force.
18. Par décision du 6 février 2007, l'OCAI a confirmé les termes de son projet de décision du 6 juillet 2006, soit l'octroi d'une rente entière du 2 juillet 2004 au 30 avril 2005.
19. Le 19 mars 2007, l'OCAI a expliqué à l'assuré, qu'au vu de son arrêt de travail à 100% jusqu'au 16 mars 2007, le service de placement n'avait pas pu traiter sa demande de placement.
20. Suite au recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision du 6 février 2007, le Tribunal de céans a rendu un arrêt en date du 4 septembre 2007, lequel a renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire. En effet, il a considéré que les conclusions du Dr P_____, que le Dr Q_____ faisait sans autre siennes, n'étaient pas motivées et que les points litigieux importants, à savoir quel est le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée, quel type d'activité serait compatible et depuis quelle date une reprise de travail serait envisageable, n'avaient fait l'objet d'aucun examen complet et approfondi, de sorte qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une instruction complète et sérieuse.
21. L'OCAI a dès lors mandaté le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Celui-ci a examiné l'assuré en date du 4 avril 2008. Dans son rapport, il a posé les diagnostics de status bientôt cinq ans après fracture

comminutive du condyle fémoral externe gauche et fracture simple de l'olécrane gauche toutes deux ostéosynthésées, d'ostéonécrose secondaire du condyle fémoral externe gauche et développement d'une gonarthrose externe stade III et de lésion ostéo-chondrale du capitellum gauche, stable, sans expression scintigraphique actuelle.

Pour ce qui est des séquelles du coude gauche, il a relevé qu'elles paraissaient mineures tant sur le plan objectif que subjectif. Il a précisé que l'évolution du capitellum n'était pas prévisible, cependant, sans expression scintigraphique actuelle, cette affection ne devrait pas influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré.

En revanche, la problématique du genou était inquiétante. D'après l'expert, la symptomatologie alléguée par l'assuré, soit les douleurs nocturnes ou à la charge, concordaient avec les atteintes diagnostiquées, qui confirmaient également l'hypotrophie musculaire régionale qui se pérennisait. Il ne s'expliquait cependant pas l'hypoesthésie globale du membre inférieur gauche, sans respect des dermatomes et des réactions atypiques (mouvements de retrait, tremblements), de sorte qu'il soupçonnait l'influence de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas. L'expert a retenu que l'état du genou allait continuer à se dégrader et qu'une arthroplastie totale pouvait être nécessaire à court ou moyen terme.

Il a conclu à une incapacité de travail d'au moins 20% dès le 3 juillet 2003, qui n'avait pas évolué depuis lors. L'assuré présentait, d'après lui, une capacité de travail nulle dans la profession de manœuvre ainsi que dans toute autre activité ne respectant pas ses limitations fonctionnelles, soit les positions debout prolongées, les accroupissements, les agenouillements ou encore le port de charges lourdes fréquentes. Il pouvait idéalement mettre en œuvre sa capacité de travail dans une activité privilégiant la position assise, étant précisé que les déplacements devaient être courts (maximum de 500 mètres à la fois) et qu'il y avait lieu d'éviter la marche sur terrains inégaux, la montée sur des échelles, le port de charges de plus de 5, voire 7,5 kilogrammes, et ne conduire un véhicule léger que pour des trajets de petite et moyenne importance. L'assuré pouvait ainsi être actif à hauteur de 90% en tous les cas, compte tenu d'une diminution de rendement de 10%, dans la bureautique, l'informatique, la microsoudure, la microtechnique ou travailler en qualité de téléphoniste, d'ouvrier sur une chaîne de montage ou d'emballage ou éventuellement en tant que représentant. Les 10% restant devaient être utilisés pour des pauses régulières, lors desquelles l'assuré devait avoir la faculté de se reposer, de déverrouiller son genou ou éventuellement de pratiquer quelques exercices de renforcement musculaire (quadriceps). La capacité de travail de 90% ne devrait pas, d'après l'expert, se modifier après la chirurgie prothétique ultérieure au niveau du genou gauche, sous réserve d'éventuelles complications (descellement précoce, infection, etc.).

22. Par avis du 22 mai 2008, la Dresse , médecin au SMR, a constaté que les conclusions de l'expert rejoignaient celles des Drs Q_____ et P_____ tant en ce qui concernait les limitations fonctionnelles que la capacité de travail. Ainsi, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité depuis le 2 juillet 2003 et, conformément au rapport du SMR du 23 décembre 2005 et à l'avis du 20 octobre 2006, elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 mai 2005.
23. Le 27 mai 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet lui accordant une rente entière du 2 juillet 2004 au 31 août 2005. Le droit au reclassement était implicitement refusé, attendu que le degré d'invalidité de l'assuré n'était que de 12%, soit inférieur aux 20% exigés par la jurisprudence pour l'octroi d'un tel droit.
24. Par courrier du 16 juin 2008, l'assuré a contesté ledit projet de décision, alléguant qu'il ne comprenait pas comment sa capacité de travail avait pu évoluer de 0 à 100% du 10 au 11 mai 2005. De plus, il a expliqué que l'expert avait admis, lors de l'examen clinique, qu'il ne pouvait pas travailler plus de quelques minutes en position assise. Il s'étonnait ainsi que cela ne ressorte pas de son rapport, de sorte que ses conclusions étaient contestées.
25. Par avis du 14 juillet 2008, la Dresse T_____ a déclaré qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux à prendre en compte et que les conclusions de son avis du mois de mai 2008 restaient valables.
26. Par décision du 14 août 2008 communiquée le 21 août 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 27 mai 2008.
27. Par acte du 15 septembre 2008, l'assuré a recouru contre ladite décision sollicitant, principalement, le versement d'une rente entière au-delà du 1^{er} septembre 2005 et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a notamment mis en exergue que l'expert avait indiqué qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 2 juillet 2003 et qu'elle n'avait pas évolué depuis lors, de sorte qu'il était incompréhensible que sa capacité de travail soit actuellement de 90%. Le rapport d'expertise était ainsi, d'après lui, contradictoire. Il a enfin soutenu que les éléments médicaux ne permettaient pas de déterminer l'évolution de sa capacité de travail depuis son accident, de sorte que cette question devait encore être examinée.
28. Par courrier du 30 octobre 2008, l'assuré a complété son recours en produisant une expertise extrajudiciaire confiée au Dr L_____. Dans son rapport du 6 octobre 2008, ce médecin a retenu que l'assuré souffrait d'une ostéonécrose du condyle fémoral externe gauche du genou gauche avec arthrose fémoro patellaire et destruction totale du ménisque externe et d'une faiblesse musculaire du membre supérieur gauche pour séquelle douloureuse du coude gauche. D'après lui, l'assuré était incapable de travailler en raison d'une douleur chronique invalidante du genou

gauche et de « difficulté des acquis pour orientation professionnelle ». S'il existait une capacité de travail, il ne pouvait exercer qu'une activité sédentaire à 50% permettant une alternance des positions et évitant toute activité de force, le fléchissement des genoux et les ports de charges de plus de 4 kilogrammes. L'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, celui-ci ayant toujours des douleurs cinq ans après son accident.

29. Par réponse du 8 décembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se basant sur un avis du 24 novembre 2008 de la Dresse T_____, il a estimé que l'expertise produite par l'assuré n'avait pas valeur probante au sens de la jurisprudence, attendu qu'« il n'est pas indiqué sur quels examens reposent les conclusions formulées, l'anamnèse n'est pas du tout détaillée, il n'est nulle part exposé pour quels motifs une capacité de travail de seulement 50% serait exigible dans une activité sédentaire adaptée, les éléments d'anamnèse et de status sont mélangés, certains aspects non médicaux sont pris en compte dans l'appréciation médicale (« difficultés des acquis »), etc. ».
30. Par réplique du 22 janvier 2009, l'assuré a soutenu qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du Dr L_____. De plus, les spécialistes ayant tous considéré que son état de santé n'avait pas évolué depuis sa sortie de la Clinique romande de réadaptation au début de l'année 2005, moment auquel sa capacité de travail était nulle, les conditions de la révision n'étaient pas remplies, de sorte que c'était de manière erronée que l'OCAI avait supprimé sa rente entière. Enfin, la diminution de rendement n'avait, d'après lui, pas été déterminée. Il a ainsi sollicité que son dossier soit renvoyé à l'OCAI pour ce faire. Dans l'attente d'une nouvelle décision sur le fond de l'OCAI et en l'absence d'évolution notable de son état de santé, l'assuré a requis que sa rente entière lui soit versée à titre provisionnel dès le 1^{er} septembre 2005. Pour le surplus, il a persisté dans ses précédentes conclusions.
31. Par duplique du 27 février 2009, l'OCAI a notamment ajouté que le droit à une rente entière paraissait improbable et les chances de succès du recours faibles, de sorte qu'il a conclu au rejet de la conclusion de l'assuré tendant au versement de la rente entière pendant la procédure de recours.
32. Par arrêt incident du 17 mars 2009, le Tribunal de céans a rejeté la demande de mesures provisionnelles, attendu que la question de savoir si l'assuré avait droit ou non à une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} septembre 2005 relevait indiscutablement du droit de fond.

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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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).

En l'espèce, la décision litigieuse du 14 août 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2005 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. La question litigieuse est en l'espèce de savoir si l'assuré a droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 31 août 2005, et en particulier à une rente d'invalidité.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

De plus, en vertu de l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y

a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Il y aura ainsi lieu de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré dès le mois de mai 2005.
7. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).
8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
10. En l'espèce, lors de son examen du 4 avril 2008, l'expert a diagnostiqué un status bientôt cinq ans après fracture comminutive du condyle fémoral externe gauche et fracture simple de l'olécrane gauche toutes deux ostéosynthésées, d'ostéonécrose secondaire du condyle fémoral externe gauche et développement d'une gonarthrose externe stade III et de lésion ostéo-chondrale du capitellum gauche, stable, sans expression scintigraphique actuelle. D'après lui, les atteintes au coude gauche étaient mineures et n'influençaient pas la capacité de travail, contrairement à celles touchant le genou gauche qui étaient importantes. L'assuré présentait une capacité de travail nulle dans la profession de manœuvre et de 90%, compte tenu d'une diminution de rendement de 10%, dans une activité privilégiant la position assise, étant précisé que les déplacements devaient être courts (maximum de 500 mètres à la fois) et qu'il devait éviter la marche sur les terrains inégaux, la montée sur des échelles, le port de charges de plus de 5, voire 7,5 kilogrammes, et ne conduire un véhicule léger que pour des trajets de petite et moyenne importance. Il avait envisagé une activité dans la bureautique, l'informatique, la microsoudure, la microtechnique ou en qualité de téléphoniste, d'ouvrier sur une chaîne de montage ou d'emballage ou éventuellement en tant que représentant. Les 10% restant devaient être utilisés pour des pauses régulières, lors desquelles l'assuré devait avoir la faculté de se reposer, de déverrouiller son genou ou éventuellement de pratiquer quelques exercices de renforcement musculaire (quadriceps).
11. Le Tribunal de céans constate que ce rapport se fonde sur une anamnèse personnelle et médicale de l'assuré, sur ses plaintes, sur son dossier radiologique ainsi que sur des examens somatiques. Les diagnostics sont posés de manière précise et les conclusions motivées. En effet, on comprend tout d'abord pourquoi

l'assuré ne pouvait plus travailler en qualité de manœuvre sur un chantier. En outre, l'expert a également exposé pour quelle raison la capacité de travail était de 90% dans une activité sédentaire, adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux atteintes de son genou et a donné des explications concernant la diminution de rendement ainsi que les suites probables de ses affections somatiques. Enfin, le rapport est exempt de contradictions et de tout jugement de valeur. Par conséquent, le rapport d'expertise a valeur probante au sens de la jurisprudence.

Cependant, comme soulevé par l'assuré, l'expert n'explicite pas à partir de quand l'assuré présente une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, il a uniquement indiqué que le degré d'incapacité de travail n'avait pas évolué depuis le 2 juillet 2003. Il y aura ainsi lieu de se pencher sur les autres pièces du dossier pour déterminer s'il est possible d'établir ce moment.

12. L'assuré soutient pour l'essentiel qu'il y a lieu de suivre les constatations et conclusions du Dr L_____ pour établir son état de santé et son éventuelle capacité de travail.

Dans son rapport du 6 octobre 2008, ce médecin retient des diagnostics et des limitations fonctionnelles similaires à ceux de l'expert et considère tout comme lui qu'il ne saurait travailler dans son ancienne profession de manœuvre. Il ne conclut toutefois que de manière hypothétique sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, ce qui s'explique vraisemblablement par le fait qu'il estime que son état de santé ne s'est pas encore stabilisé. A cela s'ajoute que le rapport n'est que très peu motivé. On ne comprend notamment pas pourquoi la capacité de travail ne serait que de 50% dans le cadre d'une activité sédentaire et pourquoi l'état de santé ne serait pas stabilisé. Le Tribunal de céans constate également que le Dr L_____ paraît se contredire lorsqu'il affirme que l'état de santé ne serait pas stabilisé, attendu qu'il avait déjà estimé, dans son rapport du 31 janvier 2005, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en octobre 2004. Quoi qu'il en soit, le rapport du Dr L_____, qui a du reste suivi l'assuré pendant une période conséquente et qui doit dès lors être considéré comme son psychiatre-traitant, est imprécis et très peu motivé, de sorte qu'il ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert.

13. Au dossier figurent également les rapports d'autres médecins, soit notamment ceux des médecins de la CRR et celui du Dr P_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui ont retenu des diagnostics rejoignant ceux posés par l'expert. Il sont également tous d'accord concernant l'incapacité de travail de l'assuré dans sa précédente activité dès le 3 juillet 2003, ses limitations fonctionnelles découlant des atteintes à son genou et le fait qu'il devait être capable travailler dans une activité sédentaire. Ainsi, loin de remettre en cause les conclusions d'expertise, ces rapports ne font que les confirmer.

14. Reste à savoir s'il est possible de déterminer, au vu du dossier, la date à partir de laquelle l'assuré était capable de travailler à 90% dans une activité adaptée.

Tout d'abord, il y a lieu de noter que le Dr M_____, chef de clinique au Département de chirurgie des HUG, a déclaré, en novembre 2004, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au mois d'octobre 2004. Quant aux médecins de la CRR, ils ont expliqué, en date du 22 mars 2005, qu'après chirurgie complémentaire ou poursuite d'un traitement conservateur, la situation serait considérée comme stabilisée et que l'assuré devait être reclassé dans une activité sédentaire et légère. Le Dr P_____ a quant à lui répondu affirmativement à la question de savoir si l'assuré pouvait reprendre à temps complet une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles exposées dans son rapport du 12 mai 2005. Enfin, le fait que le Dr L_____, qui suivait l'assuré depuis août 2003, ait retenu que son état de santé était stationnaire, et ce déjà à la fin du mois janvier 2005, conforte définitivement le Tribunal de céans dans le fait que l'assuré pouvait en tous les cas, dès mi-mai 2005, soit plus de sept mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, être considéré comme apte à reprendre une activité sédentaire à un taux de 90%, comme préconisé par l'expert.

Partant, il sera retenu que l'état de santé de l'assuré s'est progressivement amélioré dès l'ablation du matériel d'ostéosynthèse d'octobre 2004 et qu'il présentait ainsi une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative du 3 juillet 2003 à mi-mai 2005 et, de 90% depuis lors, dans une activité sédentaire et adaptée à ses limitations fonctionnelles liées à ses atteintes au genou. Les conditions de la révision sont donc réalisées.

15. Enfin, le Tribunal de céans considère, au vu de tout ce qui précède, qu'une mesure d'instruction complémentaire, telle qu'une expertise n'est pas nécessaire (cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).
16. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.
17. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06).

18. En l'espèce, l'OCAI a déterminé à juste titre le revenu sans invalidité en tenant compte des données communiquées par l'employeur au mois de juin 2004. Cependant, au vu de la jurisprudence précitée, il y a lieu de se placer au moment du début du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, de sorte que le revenu annuel 2002 doit être indexé à l'Indice suisse nominal des salaires (ISS) pour obtenir le salaire 2004 et non le salaire qui aurait été obtenu en 2005. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 54'968 fr. 96. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, c'est avec raison que l'OCAI s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, total, hommes, activité de niveau 4, attendu que l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident. Ce salaire n'a pas besoin d'être indexé, et ce pour les raisons précitées, mais doit être adapté à la durée normale de travail en 2004 et à la capacité de travail de 90% déterminée par l'expert. Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, il y a lieu de confirmer l'abattement de 15% retenu par l'OCAI. Le revenu avec invalidité se monte ainsi à 43'802 fr. 55, de sorte que le degré d'invalidité est de 20.31%.

19. Ce degré d'invalidité n'est pas suffisant pour octroyer à l'assuré une rente d'invalidité.
20. Par conséquent, conformément à l'art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007 et à l'art. 88a al. 1 RAI, le droit à une rente entière s'étend du 1^{er} juillet 2004 au 31 août 2005, suite à quoi tout droit à la rente s'éteint.
21. La décision de l'OCAI devra ainsi être confirmée.
22. Il y a enfin lieu d'examiner si une mesure de réadaptation professionnelle pourrait être envisagée.
23. À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

24. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation.

Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

25. En l'espèce, l'assuré remplit les conditions objectives d'une mesure de reclassement professionnel, soit le changement de profession et le taux d'invalidité supérieur à 20%. Cependant, lors de l'entretien avec le collaborateur du service de réadaptation professionnelle de l'OCAI en juin 2006, l'assuré n'a pas démontré de volonté d'entreprendre une mesure d'ordre professionnel, de sorte qu'une telle mesure n'est pas, de manière vraisemblable, susceptible d'améliorer sa capacité de gain.

Il est vrai que l'assuré n'a plus travaillé depuis juillet 2003. Il aura ainsi probablement besoin de soutien tant pour effectuer ses recherches d'emploi que pour débiter une activité lucrative. Une telle aide pourra lui être apportée par l'OCAI par le biais d'une aide au placement, mesure qu'il lui appartiendra de solliciter de manière motivée s'il en ressent le besoin.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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