

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3781/2007

ATAS/539/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 6 mai 2008**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMAN et  
Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1986. Il a alors travaillé comme aide-monteur électricien pour les lignes aériennes.
2. En 1988, 1992 et 1994, l'assuré a été victime de trois accidents de football qui ont entraîné des atteintes aux genoux et une incapacité de travail totale dès le 3 août 1995.
3. Selon le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, assureur-accidents ayant pris en charge les événements accidentels, l'assuré a en effet subi des entorses du genou gauche puis du genou droit avec notamment une déchirure du ménisque externe droit et des lésions cartilagineuses ainsi qu'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et une rupture de ligament croisé antérieur. Il ne pouvait plus travailler "dans une mesure réaliste" comme aide-monteur électricien sur des lignes aériennes. Il devait en outre éviter toute activité impliquant des marches prolongées, surtout en montées ou descentes ou sur des terrains inégaux, les accroupissements et les agenouillements fréquents, ainsi que les ports de charges importantes. Dans toute activité où ces sollicitations pouvaient être évitées, l'assuré pouvait en revanche travailler à temps complet et à un rendement plein. Ainsi, tout travail debout et assis avec changements fréquents de position, devant un établi, était envisageable (rapport du 17 avril 1996).
4. Le 25 avril 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI).
5. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle. Selon le rapport établi le 3 octobre 1997 par M. T\_\_\_\_\_, Directeur de la réadaptation auprès du Centre d'intégration professionnelle, l'assuré avait une capacité de travail à plein temps, avec un rendement normal après formation, dans un emploi où il pouvait alterner les positions, sans port de charges lourdes (pas plus de 10 kg). L'assuré était par ailleurs à même de suivre la formation qu'il avait choisie, à savoir vendeur-représentant en pièces détachées pour automobiles.
6. Dès le 20 novembre 1997, l'assuré, qui avait de la peine à rester debout, a dû interrompre la mesure de reclassement octroyée par l'OCAI dans la formation précitée.
7. Par rapport du 3 février 1998, le Dr A\_\_\_\_\_ a retenu une arthrose fémoro-patellaire gauche légère à moyenne avec symptomatologie douloureuse lors de certaines sollicitations mais sans limitation fonctionnelle importante et une

gonarthrose fémoro-tibiale moyenne à droite avec limitation fonctionnelle douloureuse aux moindres sollicitations. Il a ajouté aux limitations fonctionnelles indiquées dans son rapport du 17 avril 1996, que l'assuré devait éviter de longues positions assises, sans possibilité de mouvoir le genou, avec de temps à autre une station debout, pas trop prolongée non plus, mais intervenant assez souvent. La capacité de travail était pleine et entière dans toute activité évitant ces sollicitations. Il émettait par ailleurs quelques réserves sur l'exercice d'un travail en qualité de représentant, car même si de nombreux déplacements se faisaient en voiture, il convenait que l'assuré n'ait pas de fréquents et longs déplacements à faire, avec éventuellement des montées et des descentes d'escaliers.

8. Dès le 1<sup>er</sup> mars 1998, l'assuré a repris à mi-temps la mesure de reclassement.
9. Dès le 2 juin 1998, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin traitant, a mis l'assuré en incapacité de travail totale "pour raisons médicales".
10. Selon un rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 3 juin 1998, l'assuré n'était plus apte à reprendre une activité professionnelle, même à mi-temps, et son état de santé était loin d'être stabilisé. L'OCAI proposait alors d'arrêter la procédure de reclassement et de mettre momentanément l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité à 100% dès le 1<sup>er</sup> août 1996, avec révision du droit à la rente en automne. Selon l'OCAI, l'arrêt dès le 2 juin 1998 était dû à un gonflement important du genou de l'assuré. Une arthroscopie ainsi qu'une ponction du genou avaient été proposées, avec par la suite une éventuelle intervention chirurgicale.
11. Par courrier du 11 juin 1998, l'OCAI a informé l'assuré qu'il avait droit temporairement à une rente entière. Une réévaluation serait faite prochainement, afin de déterminer si son état de santé permettait la reprise de la mesure de reclassement.
12. Par décisions des 23 juin et 8 juillet 1998, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 1996.
13. Par décision du 12 février 1999, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente correspondant à un degré d'invalidité de 25%.
14. Par courrier du 10 juillet 2001, l'assuré a été informé que son droit à la rente AI était revu. L'assuré a alors expliqué que son état de santé s'était aggravé depuis février 2000. Par rapport du 8 août 2001, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a confirmé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il suivait régulièrement l'assuré depuis 1991 pour des lombalgies chroniques sur dysfonctions L3-L4 droites de 1991 à 1993, L4-L5 et L5-S1 droites depuis 1996. Une imagerie par

résonance médicale (ci-après : IRM) pratiquée en 1997 montrait une protrusion L5-S1. En 1998, l'assuré avait présenté une sciatalgie non déficitaire S1 droite. Depuis 1999, il souffrait de coxalgies bilatérales avec PAH droite sans restriction de mobilité des deux hanches sur début de coxarthrose bilatérale à prédominance droite. Le traitement avait consisté en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens lors des épisodes aigus (septembre 1999, mars-avril 2001). Ce praticien, qui n'avait jamais certifié d'arrêt de travail en faveur de l'assuré, ne savait pas si la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, ni si des mesures professionnelles étaient indiquées. Un examen complémentaire était, selon lui, nécessaire pour déterminer la capacité de travail de l'assuré.

15. Dans un questionnaire que lui a adressé l'OCAI, l'assuré a répété, en janvier 2004, que son état de santé était stationnaire.
16. Le 23 janvier 2004, l'OCAI a proposé de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique et orthopédique.
17. Par questionnaire du 27 janvier 2006, l'assuré a précisé que, s'agissant de son genou droit, son état de santé s'était aggravé depuis 2004.
18. Par rapport du 4 février 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré souffrait de coxarthrose depuis 1999, d'une gonarthrose à gauche et à droite depuis 2004 et de lombalgies chroniques depuis 1991. Ces atteintes avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce praticien a toutefois rappelé n'avoir jamais attesté d'arrêt de travail. Depuis 2001, il n'avait revu le patient que le 19 juillet 2005. Il avait constaté alors un épanchement modéré au genou droit, une limitation de la flexion des deux genoux par la douleur à 120 degrés. La hanche droite était limitée par la douleur dans les rotations. Il n'y avait pas de syndrome vertébral lombaire. L'assuré présentait une PAH droite d'accompagnement du moyen fessier. Le médecin traitant a précisé qu'il voyait beaucoup trop rarement l'assuré pour pouvoir se prononcer sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Ainsi, une expertise était, selon lui, nécessaire. Enfin, il ne savait pas si l'état de santé de son patient allait en s'aggravant et des mesures professionnelles lui semblaient indiquées.
19. Par courrier du 17 février 2006, l'assuré a été informé qu'une expertise allait être effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport.
20. Par rapport du 18 avril 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des gonalgies bilatérales, des lombo-pseudosciatalgies droites, des coxodyxnies, une gonarthrose droite et arthrose fémoro-patellaire bilatérale débutante, un status après rupture du ligament croisé antérieur du genou droit et de l'obésité. L'examen était rassurant tant au niveau du squelette axial que périphérique.

S'agissant de la problématique des genoux, l'examen était superposable à celui pratiqué par le Dr A\_\_\_\_\_ en février 1998. Les symptômes mis en avant par l'assuré concernant le dos et la hanche droite restaient sans altération fonctionnelle manifeste à l'examen clinique. Les affections concernant l'une et l'autre de ces localisations n'avaient donc pas de répercussion sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère, excluant la position debout et la marche prolongée, principalement les travaux accroupis, la montée et la descente des escaliers de façon répétitive, était de 75% et ce, en tenant compte d'une diminution de rendement. Le pronostic quant à une reprise de travail restait réservé chez cet assuré conforté dans son statut d'invalidé par l'octroi d'une rente entière, qui allégeait des douleurs impliquant diverses localisations de son squelette axial et périphérique, soit des éléments subjectifs qui ne pouvaient être intégrés dans l'appréciation objective de sa capacité de travail. Celle-ci ne pouvait être améliorée par des mesures d'ordre professionnel et un reclassement n'était pas judicieux, l'assuré ayant déjà bénéficié de mesures de reconversion professionnelle qui s'étaient révélées être un échec. Sa capacité de travail pouvait par contre être améliorée par le port d'une orthèse multifonctionnelle de stabilisation du genou avec attache en velcro et stabilisateurs latéraux articulés.

21. Par projet de décision du 12 septembre 2006, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 35% et supprimé la rente entière qui lui avait été allouée jusqu'alors, en précisant que la suppression serait effective dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il ressortait de l'expertise effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_ que l'assuré était en mesure d'occuper un emploi en qualité d'ouvrier dans la production industrielle légère à plein temps avec un rendement diminué de 25% (activité légère, excluant la position debout et la marche prolongée, principalement les travaux accroupis, la montée et la descente des escaliers de façon répétitive). En comparant le revenu annuel que l'assuré aurait obtenu dans son activité habituelle (59'476 fr. 95) en 2006, au revenu moyen qu'il aurait pu réaliser en effectuant des activités simples et répétitives à un taux de 75% et compte tenu d'une réduction de 15% vu que seule une activité légère était possible et vu ses limitations fonctionnelles (38'551 fr. 80), il en résultait à une perte de gain de 20'925 fr. 15, correspondant à un taux d'invalidité de 35%.
  
22. Par courriers des 9 octobre et 21 novembre 2006, l'assuré, représenté par Maître Christian GROSJEAN, a contesté le projet de décision précité au motif que le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de ses problèmes de hanches. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ daté du 14 novembre 2006. Il en résulte que ce praticien n'avait pas de remarques s'agissant de l'anamnèse et de l'examen clinique effectués par le Dr D\_\_\_\_\_. Par contre, dans le cadre des examens complémentaires, la radiographie du bassin de

face du 11 avril 2006 avait été interprétée, selon le Dr C \_\_\_\_\_, de manière incomplète. Il existait une ostéophytose en collerette des deux têtes fémorales et un pincement de l'interligne articulaire supéro-externe du côté gauche, précisé par une incidence de Lequesne des deux hanches. S'agissant des diagnostics, il convenait, selon ce praticien, de rajouter un début de coxarthrose à gauche et à préciser à droite. S'agissant de l'appréciation du cas, il pensait que compte tenu des diagnostics cités, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 50%.

23. Par décision du 17 août 2007, l'OCAI a repris la teneur de son projet de décision. Il a précisé que contrairement à ce que l'assuré alléguait, le Dr D \_\_\_\_\_ avait relevé dans son rapport le problème des hanches et en avait tenu compte dans son appréciation. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions.
24. Par décision du 10 septembre 2007, l'OCAI a mis fin au versement de la rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.
25. Par courrier du 19 septembre 2007, l'assuré a expliqué n'avoir jamais reçu la décision du 17 août 2007 à laquelle se référait la décision du 10 septembre 2007.
26. Par acte du 9 octobre 2007, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 10 septembre 2007, concluant à l'octroi d'au moins trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, au versement de rentes complémentaires pour ses deux enfants et son épouse ainsi qu'à l'octroi de toute prestation prévue par la loi sur l'assurance-invalidité. Il persiste à soutenir que le rapport du Dr D \_\_\_\_\_ est lacunaire, dès lors que de l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, il ne tient pas compte de ses problèmes de hanches. Or, en prenant en compte ce problème, le Dr C \_\_\_\_\_ évaluait la capacité de travail à 50%, alors que l'expert avait retenu un taux de 75%. Le rapport d'expertise avait d'ailleurs été établi sur la base d'une seule consultation. Selon le recourant, l'intimé ne pouvait refuser de prendre en compte les éléments apportés par le Dr C \_\_\_\_\_, ses observations ayant, au demeurant, pleine valeur probante et aucun motif ne permettait de s'en écarter. Ainsi, compte tenu d'une capacité de travail de 50%, le revenu annuel avec invalidité s'élevait à 20'816 fr. 95. Comparé au revenu sans invalidité retenu par l'intimé, à savoir 59'476 fr. 95, il en résultait une perte de gain de 38'660 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 65%, donnant ainsi droit à trois-quarts de rente.
27. Par écriture du 4 décembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Selon lui, l'expert a tenu compte dans son appréciation du problème de hanches dont souffre le recourant. Par ailleurs, son rapport répondrait en tous points aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante.
28. Après transmission de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
  
2. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé des décisions des 17 août et 10 septembre 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA et, le cas échéant, des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).  
  
b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
  
3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
  
4. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'OCAI pouvait procéder à la révision, voire à la reconsidération, de la décision d'octroi de la rente entière d'invalidité.
  
5. 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

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 ; ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts

9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

7. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale, ou qu'un changement lié aux conséquences économiques de l'invalidité se soit produit.
8. La question de la révision peut, en l'espèce, rester ouverte dans la mesure où, comme il le sera démontré ci-après, la décision d'octroi de rente était manifestement erronée et pouvait être revue par le biais d'une reconsidération. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut en effet confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b).
9. Il sied de rappeler que la décision d'octroi de la rente était fondée uniquement sur le certificat médical du médecin traitant extrêmement sommaire attestant d'une incapacité totale de travail "pour raisons médicales" sans mentionner aucun diagnostic. Or cet avis, qui ne permettait pas à l'intimé de procéder à un examen matériel du droit à la rente, était en contradiction manifeste avec les pièces du dossier, notamment avec les deux rapports du Dr A\_\_\_\_\_. Ces deux rapports, datés du 17 avril 1996 et du 3 février 1998, faisant état d'une déchirure du ménisque externe droit, de lésions cartilagineuses, d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et d'une rupture de ligament croisé antérieur. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles telles que marches prolongées en montées ou descentes, accroupissements et agenouillements fréquents ou ports de charges importantes. Il y avait également lieu d'éviter la position assise ou la station debout prolongées. Toutefois, dans une activité où ces sollicitations pouvaient être évitées, l'assuré était en mesure de travailler à temps complet avec un rendement total. C'est notamment sur la base du premier des rapports que les mesures de reclassement avaient été décidées et mises en place. C'est ensuite sur la base du deuxième de ces rapports que la mesure de reclassement - qui avait dû être interrompue - avait été reprise à mi-temps dès le 1er mars 1998.

Or, moins de cinq mois après la reprise, la mesure de reclassement était à nouveau interrompue en raison d'un gonflement important du genou droit à la suite de quoi une rente complète fut octroyée au recourant sur la base du certificat du médecin traitant de l'époque. Il eut cependant incombé à l'intimé de procéder à une instruction complémentaire afin d'élucider les raisons de l'aggravation de l'état de santé du recourant ayant conduit à une incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant sans autres précisions.

Ainsi, il y a lieu de constater que non seulement ce certificat ne constituait qu'une appréciation médico-théorique ne permettant pas à l'OCAI de procéder à un examen concret de l'incidence économique de l'atteinte à la santé mais en plus qu'il était en contradiction avec le rapport détaillé rendu par le Dr A\_\_\_\_\_ quelques mois auparavant. La décision d'octroi de rente fondée sur celui-ci était par conséquent manifestement erronée, de sorte que l'intimé était autorisé à revenir sur celle-ci.

10. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme aux dispositions légales ainsi qu'à la jurisprudence rendue en la matière.
11. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).
12. Le Tribunal de céans précisera au préalable que si la notion d'invalidité est en règle générale identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte, le taux de 25% retenu par la SUVA le 12 février 1999 ne saurait être repris tel quel dans le cas d'espèce dès lors que seules les atteintes aux genoux suite aux différents accidents de football ont été prises en considération pour le calcul dudit taux
13. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions du médecin 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 352 consid. 3a et les références).

14. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).
15. 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
16. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 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 supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. 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<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

17. Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé a confié une expertise au Dr D\_\_\_\_\_ qui a retenu que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée avec un rendement diminué de 25%.

Le recourant conteste l'appréciation de l'expert en se fondant sur un avis de son médecin traitant du 14 novembre 2006 qui considère que l'expert n'a pas tenu compte de l'existence d'atteintes aux hanches entraînant une incapacité de travail de 50% et conclut à l'octroi d'un trois-quarts de rente.

18. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, il faut constater que le rapport a été établi sur la base d'un examen clinique et d'examens radiologiques complémentaires et d'observations approfondies reflétant une bonne connaissance du dossier, en particulier de l'anamnèse et qu'il tient compte des plaintes de l'intéressé. En outre, les diagnostics posés et l'appréciation de la situation médicale sont clairs et ses conclusions sont motivées et concluantes. Il y a par conséquent lieu de lui reconnaître a priori une pleine valeur probante.
19. Reste à déterminer si les conclusions du médecin traitant doivent ou non conduire le Tribunal de céans à remettre en cause celles de l'expert.

Le Dr C\_\_\_\_\_ ne conteste pas les diagnostics posés par l'expert, mais y ajoute celui de début de coxarthrose à gauche et "à confirmer" à droite. Il considère par ailleurs que la radiographie du bassin de face du 11 avril 2006 est interprétée de manière incomplète puisqu'il existerait selon lui une ostéophytose en collerette des deux têtes fémorales et un pincement de l'interligne articulaire supéro-externe à gauche. Il conclut à une incapacité de travail de 50%.

Il y a lieu de relever qu'il était déjà fait état d'une coxarthrose existant depuis 1999, dans le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 4 février 2006 à l'OCAI, dans lequel il indiquait n'avoir jamais fait d'arrêt de travail. Le médecin précisait en outre, dans l'annexe au rapport, ne pas pouvoir se prononcer sur les questions relatives à l'activité raisonnablement exigible au motif que depuis 2001, il n'avait revu son patient que le 19 juillet 2005. Dans son rapport du 14 novembre 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi la coxarthrose aurait une incidence sur la capacité de travail en 2006 alors qu'elle n'en avait pas eu jusqu'alors. Cet élément n'est dès lors pas de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert.

S'agissant de la radiographie du bassin du 11 avril 2006, il sied de constater que l'expert avait relevé une discrète sclérose cotyloïdienne droite, s'accompagnant d'une ostéophytose para-acétabulaire, mais il avait conclu que les symptômes mis en avant par l'assuré concernant le dos et la hanche droite étaient sans altération fonctionnelle manifeste à l'examen clinique et par conséquent sans incidence sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. On ne peut dès lors pas en conclure que l'expert aurait interprété la radiographie en cause de

manière incomplète mais seulement qu'il a apprécié les conséquences des atteintes constatées sur la capacité de travail différemment du médecin traitant lequel ne motive pas son appréciation de la capacité résiduelle de travail. Il faut également ajouter que les conclusions de l'expert sont corroborées par celles de la SUVA telles qu'elles ressortent de sa décision du 12 février 1999, de laquelle il résulte que le recourant est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition qu'il travaille en position assise avec possibilité de se lever si nécessaire et que sa capacité de gain est diminuée de 25%.

20. Le Tribunal de céans parvient ainsi à la conclusion que le rapport du médecin traitant ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, sur laquelle il convient dès lors de se fonder pour déterminer le degré d'invalidité.
21. Les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne sont pas contestés; ils sont d'ailleurs repris par le recourant pour procéder à un nouveau calcul fondé sur une capacité de travail résiduelle de 50%. La réduction supplémentaire de 15% à laquelle a procédé l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule restait possible une activité légère, est conforme à la jurisprudence. Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et doit dès lors être confirmé.

Un degré d'invalidité de 35% ne donnant pas droit à une rente, la décision de suppression de rente de l'intimé doit être confirmée et le recours, mal fondé, ne peut être que rejeté.

22. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 greffière-juriste : Catherine VERNIER

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