

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4364/2009

ATAS/1021/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE  
DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 2 novembre 2011**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur G\_\_\_\_\_, domicilié aux Acacias, représenté par  
PROCAP Service juridique

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

Intimé

---

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente.**

---

**Attendu en fait que:**

1. Monsieur G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), d'origine espagnole, né en 1951, installé à Genève depuis 1967, a obtenu un CFC de monteur sanitaire en 1970. Depuis 1998, il travaille pour l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA.
2. L'assuré a été victime d'un accident le 24 mars 2006, touchant son genou gauche, d'un deuxième accident le 7 décembre 2006, concernant l'épaule gauche, et d'un troisième accident le 7 juin 2007, touchant la cheville gauche. Ces accidents ont été annoncés à la SUVA. L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2006.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) le 8 février 2007.
4. Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 19 février 2007 que le salaire de l'assuré s'élevait à 29 fr.42 de l'heure depuis le 1er janvier 2006. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré mentionne, pour l'année 2005, un salaire annuel de 60'304 fr.
5. Selon le rapport médical du 19 février 2007 du Dr L \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, le diagnostic est une fracture (illisible) du genou gauche, des raideurs et des douleurs séquellaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé est stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Une autre activité est exigible, mais sédentaire, sans charges, ni marche et avec un rendement de 50 %.
6. L'assuré a été ausculté par le médecin d'arrondissement de la SUVA dont le rapport du 24 janvier 2007 conclut que l'évolution n'est pas favorable. Il existe une importante réduction fonctionnelle du genou gauche dont l'étendue n'est pas expliquée totalement par l'importance des lésions traumatiques. La situation du genou s'est compliquée par une chute sur l'épaule gauche, avec actuellement une importante réduction de mobilité de cette articulation. En raison de la longue évolution, de l'association des lésions du membre inférieur et du membre supérieur, de l'importance des atteintes fonctionnelles actuelles, un séjour en clinique de réadaptation est indiqué.
7. L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la clinique romande de réadaptation du 6 mars au 4 avril 2007. Selon le rapport médical du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, de réadaptation et chirurgie

orthopédique, du 4 mai 2007, le diagnostic primaire est "thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)". Les diagnostics secondaires sont "fractures non déplacées du massif des épines et fracture-arrachement peu déplacée, du condyle fémoral interne du genou gauche, traitées conservativement, ménissectomie partielle internes par arthroscopie le 14 septembre 2006, algodystrophie du genou gauche, arthrose femoro-patellaire du genou gauche, contusion de l'épaule gauche le 7 décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante". Les comorbidités sont un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, un diabète de type II traité par antidiabétiques oraux, une paraprotéïnémie IgG Kappa, à investiguer, une fracture de la cheville gauche en 1990 et une fracture de la cheville droite en 1994, ostéosynthésées et anamnestiques. Le statut ostéo-articulaire mentionne que le patient marche avec une canne. Sans canne, seuls quelques pas sont effectués avec une importante boiterie. La marche sur les talons et les pointes est esquissée mais n'est pas réalisée. L'accroupissement n'est pas possible, l'appui sur le pied gauche non plus. Le passage de la position assise à couchée est réalisé seulement si la jambe gauche est soutenue par la main. L'amplitude articulaire active (130° contre 90°) et passive (145° contre 110°) du genou est nettement plus importante à droite qu'à gauche. La palpation du genou gauche est douloureuse. S'agissant des épaules, la ceinture scapulaire est surélevée à gauche par rapport à la droite. La palpation de l'épaule gauche est sensible. L'amplitude articulaire est beaucoup plus importante à droite qu'à gauche (170° contre 90°). Procédant à l'appréciation et la discussion du cas, le médecin reprend le status et commente le bilan radiologique, lequel aboutit au diagnostic mentionné plus haut. S'agissant de l'épaule, outre la capsulite, le bilan radiologique montre des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Durant le séjour, le patient a suivi un programme de physiothérapie de mobilisation articulaire, de remise en charge, de rééducation à la marche et de renforcement musculaire. À la sortie, il utilise un bâton de marche au lieu d'une canne et sur des petites distances, il marche sans canne. Les escaliers sont effectués un pas après l'autre, la position sur le pied gauche n'est pas tenue. Les douleurs au genou augmentent durant le séjour. En conclusion, le médecin indique que l'on peut présumer que l'évolution sera longue chez un patient présentant peu de ressources adaptatives. La situation médicale n'est pas stabilisée et il est trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'incapacité de travail est prolongée du 5 avril au 3 mai 2007.

8. Selon le rapport du consilium psychiatrique de la clinique romande réadaptation du 12 mars 2007, le diagnostic est un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

9. Selon le rapport médical intermédiaire du 5 juillet 2007 du Dr L\_\_\_\_\_, la situation est stationnaire. La capacité de travail est nulle dans toute activité et le pronostic est extrêmement réservé. Selon le rapport médical intermédiaire du 2 novembre 2007 du Dr L\_\_\_\_\_, la situation s'est aggravée, suite à une fracture de la cheville gauche le 7 juin 2007, aucun travail n'est envisageable dans l'état actuel.
10. Par rapport du 14 février 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr N\_\_\_\_\_ conclut, après un examen médical complet et l'examen des radiographies que la situation ne s'est pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis un an, de sorte qu'il faut admettre qu'elle est stabilisée. Il en va de même en ce qui concerne la cheville gauche, sept mois après une fracture non déplacée de la malléole interne. Il reprend les diagnostics posés par la clinique de réadaptation. En raison des séquelles de l'accident, la profession de plombier ne peut plus être reprise. Une profession de substitution ne peut être réalisée qu'en position assise, mais en tenant compte des limitations de mobilité de l'épaule gauche en rotation externe, abduction et flexion, la position assise ne pouvant pas être maintenue de manière continue sans pause supplémentaire. Il existe un dommage permanent et l'atteinte à l'intégrité est provisoirement fixée à 15%.
11. L'OAI a mandaté le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique pour procéder à une expertise de l'assuré. Selon le rapport du 25 mars 2008, les diagnostics sont : status deux ans après fracture du massif des épines et fracture-arrachement du condyle fémoral interne du genou gauche, traitées conservativement ; status dix-huit mois après ménisectomie postéro-interne du genou gauche ; épisode algo-neuro-sytrophique intercurrent du membre inférieur gauche ; pré-arthrose interne du genou gauche ; status dix-huit ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole interne gauche, status neuf mois après fracture non déplacée de la malléole interne gauche ; possible arthrose tibio-tarsienne gauche débutante ; status quinze ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe de la cheville gauche ; status seize mois après contusion de l'épaule gauche ; tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, avec insuffisance du muscle sous-scapulaire du côté droit et possible insuffisance du sus-épineux du côté gauche.

Lors de l'auscultation du patient, l'expert relève une mobilité réduite de l'épaule gauche et des douleurs ; une importante boiterie à gauche, l'appui unipodal étant impossible de ce côté-là, de même que l'accroupissement. Le passage de la position debout-couché implique le soutien du membre inférieur gauche. Toute manipulation du membre inférieur gauche déclenche des douleurs et des

mouvements de retrait. Le membre présente une hypotrophie musculaire globale et une limitation des amplitudes articulaires. Le genou gauche présente une laxité pathologique, une hypersensibilité au toucher. Le patient parvient tout juste à décoller son talon, lorsque le genou est en extension. La cheville gauche est globalement et discrètement empâtée et la mobilité est réduite par rapport à la droite.

S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin examine chaque pathologie et sa répercussion fonctionnelle. En premier lieu, s'agissant de la cheville gauche, les séquelles sont modestes. Il y a une ébauche ostéophyttaire antérieure du pilon tibial, assez banale chez un patient de 57 ans. Toutefois, le potentiel évolutif de cette pré-arthrose est réel. Le status clinique est favorable, la mobilité articulaire de la cheville gauche étant proche de la norme, justifiant toutefois une fatigabilité accrue à ce niveau. L'atteinte résiduelle de la cheville gauche est modeste et influe de façon peu substantielle sur la capacité de travail. En second lieu, la situation est différente s'agissant du genou gauche. La fracture des épines ne laisse pas des séquelles significatives, mais la méniscectomie interne, faite en septembre 2006, laisse un état de pré-arthrose, qui génère une limitation de la capacité de travail. La situation s'est compliquée par l'apparition d'un syndrome dystrophique réflexe, touchant une bonne partie du membre inférieur. S'il n'y a plus d'expression scintigraphique de ce syndrome, il persiste une hypotrophie musculaire régionale, une appréhension et des phénomènes de lâchage du genou. Les douleurs marquées à la manipulation du membre, les mouvements de retrait, ne trouvent pas d'explication anatomique évidente, mais assombrissent le tableau et jouent un rôle défavorable. En troisième lieu, la fracture de la malléole externe de la cheville droite ne laisse pas de séquelles fonctionnelles significatives et n'influe pas sur la capacité de travail. En dernier lieu, il reste la problématique de l'épaule gauche, qui présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, avec un conflit sous-acromial. L'atteinte semble modérée, mais une appréciation nuancée est difficile, compte tenu des plaintes importantes, peut-être exagérées. Ces pathologies présentent des douleurs à l'effort, une fatigabilité accrue, des douleurs nocturnes.

En pondérant les divers éléments précités, et en s'appuyant sur les éléments objectifs, ainsi que le handicap prévisible de chacune des pathologies dégénératives que présente le patient, le médecin indique que la reprise en plein de l'ancienne activité de monteur sanitaire est définitivement compromise. Une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % au maximum paraît encore possible, pour autant que l'on puisse libérer le patient de son attelle et respecter les nombreuses limitations fonctionnelles : l'accroupissement, l'agenouillement sont difficiles ; le mouvement de force en traction/torsion des membres supérieurs également ; le port

de charges au-delà de cinq kilos, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers, et les gestes sur une échelle sont exclus.

Le patient peut exercer sans gêne significative des activités en position assise, pour autant qu'il puisse se lever régulièrement, et sans maniement d'objets lourds, soit une activité de bureautique, informatique, téléphoniste, micro-électronique, emballage et représentation.

L'amélioration de la capacité de travail au poste occupé n'est pas possible, l'incapacité de travail de plus de 20 % date de mars 2006, la capacité résiduelle de travail est de 50 %, pour autant que le sentiment d'appréhension puisse être levé.

12. Selon l'avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR du 22 mai 2008, l'état de santé est stabilisé depuis février 2008, l'assuré est totalement incapable de travailler dans l'activité antérieure, mais dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que des mesures professionnelles sont indiquées.
13. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle avec paiement d'indemnités journalières du 6 octobre 2008 au 18 janvier 2009. La mesure a finalement été limitée au 30 novembre 2008. Le rapport d'orientation du 18 décembre 2008 conclut que l'assuré n'arrive pas à tenir la position assise plus d'une heure sans avoir à se lever et marcher cinq à dix minutes, la position statique debout n'est pas tenable, l'assuré ne peut pas utiliser les escaliers, les capacités manuelles de l'assuré sont exploitables pour une gestuelle de moyenne amplitude, le rythme de travail est lent et le rendement est faible et non exploitable dans le milieu économique. Le monde économique usuel ne propose pas d'activité susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffre l'assuré et seule une activité en atelier protégé est envisageable. S'agissant des capacités d'adaptation et d'acquisition des connaissances, l'assuré s'exprime de façon compréhensible, la capacité d'apprentissage est limitée aux gestes simples et celle de compréhension est correcte, mais il écrit difficilement le français. Il est centré sur ses atteintes et a de gros problèmes d'attention et de concentration, il manque de systématique et de rigueur, une formation pratique, courte et simple est envisageable, mais les formations de ce type ne peuvent pas être prises en considération. S'agissant des capacités d'intégration sociale, l'assuré a une bonne écoute, il s'intègre bien dans un groupe, se montre accueillant et ouvert. Après une intégration au stage sans motivation, celle-ci s'est ensuite améliorée, l'assuré a essayé d'aller au bout des exercices, faisant preuve de persévérance, de bonne volonté. Il a également, à peine perdue mais courageusement, fait des démarches pour des orientations qu'il savait impossibles.

14. Selon une note de travail du service de la réadaptation de l'OAI du 12 janvier 2009, la capacité de travail retenue par le SMR est de 100% dans une activité adaptée, et de 50% selon le médecin traitant, mais il y a certainement une diminution de rendement en raison de la nécessité de faire des pauses selon la SUVA, qui n'a pas indiqué de taux. Selon un courriel de la SUVA du 16 janvier 2009, celle-ci a déterminé un degré d'invalidité de 28% et précise qu'aucune diminution de rendement n'a été envisagée.
15. Selon le rapport médical du SMR du 29 janvier 2009, les atteintes ne justifient pas pour des raisons médicales une diminution du rendement, qui est de 100%.
16. Le rapport final de réadaptation du 2 février 2009 de l'OAI conclut à un taux d'invalidité de 26%, sur la base, d'une part du dernier revenu de l'assuré indexé à 2008 (68'775 fr.) et d'autre part, du salaire avec invalidité ressortant de l'ESS 2006, TA1, homme, niveau 4, reporté à 41,7 heures de travail, indexé à 2008, avec un rendement à 100%, et un abattement de 15% (51'192 fr.). Le rapport retient, sur la base de l'avis du SMR que l'avis des EPI ne peut pas être suivi car il n'est pas objectif et que l'assuré n'avait qu'une faible motivation.
17. Par projet de décision du 13 février 2009, l'OAI envisage d'allouer une rente entière d'invalidité du 24 mars 2007 au 31 mai 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en février 2008, la capacité de travail étant totale dans une activité adaptée dès cette date.
18. Le Dr L\_\_\_\_\_ indique à l'OAI par pli du 2 mars 2009 qu'il n'y a eu aucune amélioration au cours de l'année 2008. Le SMR précise le 17 avril 2009 que, malgré une canne et la prise de 300 mg de Tramal par jour, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
19. Par décision du 9 septembre 2009, la SUVA alloue une rente d'invalidité de 28% à l'assuré, estimant qu'il peut exercer une activité légère permettant de réaliser un revenu de 4'150 fr. comparé au revenu qu'il aurait obtenu sans accident de 5'800 fr. L'appréciation médicale implique une atteinte à l'intégrité corporelle de 35%. L'assuré a formé opposition à cette décision.
20. Par décision du 13 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.
21. Par acte du 4 décembre 2009, l'assuré forme recours, conclut à l'annulation de la décision, à la constatation du droit de l'assuré aux prestations d'invalidité. Il fait valoir que la décision exclut à tort toute diminution de rendement, le Dr L\_\_\_\_\_ retenant quant à lui une diminution de rendement de 50%. La

nécessité d'effectuer des pauses même dans une activité adaptée implique forcément de tenir compte d'une diminution de rendement. Même le Dr O\_\_\_\_\_ admet que l'assuré doit pouvoir se lever régulièrement dans le cadre d'un travail assis. En tenant compte de la nécessité de faire une pause de 10 minutes toutes les heures, le rendement est réduit de 50%, de sorte que le revenu d'invalidé est de 25'596 fr. impliquant une invalidité de 62,7%. (60'226 fr ./ 2 - 15%).

L'assuré a joint à son recours deux rapports médicaux du Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, des 16 et 25 novembre 2009. Le premier pose comme diagnostic une fracture non déplacée du massif des épines et fracture-arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche, déchirure du ménisque interne, algodystrophie du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire externe préexistante à l'accident, capsulite rétractile de l'épaule gauche, suite à l'accident de décembre 2006, fracture de la cheville gauche en juin 2007. Le médecin précise que le patient n'est plus capable de travailler dans sa profession de plombier à cause des séquelles de l'accident, soit des douleurs chroniques du genou, de la cheville et de l'épaule gauche, avec boiterie et limitations fonctionnelles. Le patient ne peut travailler qu'assis et pas de façon prolongée, avec des limitations importantes dans l'utilisation de l'épaule gauche. Il n'existe probablement pas d'activité qui corresponde à ses limitations dans la réalité. S'il existe une telle activité, le patient a un rendement diminué de 50 %. Son avis du 25 novembre 2009, postérieur à l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, précise que les séquelles de nature orthopédique sont susceptibles de diminuer la capacité de travail même dans une activité adaptée, car, comme l'indique le Dr N\_\_\_\_\_, une profession de substitution en position assise peut être effectuée en tenant compte des limitations de mobilité (illisible) et ne pourra être maintenue sans pause supplémentaire. Le Dr O\_\_\_\_\_ admet d'ailleurs que la longue palette d'activités que le patient pourrait exercer sans gêne spécifique doit toutefois prévoir qu'il puisse se lever régulièrement pour dérouiller les articulations de ses membres inférieurs. Au demeurant, l'assuré n'a aucune formation ni connaissance suffisante de la langue pour exercer les travaux proposés par le Dr O\_\_\_\_\_ dans la bureautique, l'informatique, etc.

22. Par avis du 3 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise du 25 mars 2008 du Dr O\_\_\_\_\_ est probant, que le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu que le patient était capable de reprendre le travail en février 2008 et qu'aucune diminution de rendement n'avait été retenue par la SUVA ou l'expert.

23. Par ordonnance du 23 mars 2010, le Tribunal de céans a ordonné une expertise orthopédique et a mandaté le Dr R\_\_\_\_\_.
24. Le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 21 avril 2010 indique que les radiographies anciennes du patient n'ont pas pu être obtenues malgré plusieurs appels à la SUVA, mais que l'absence de comparaison entre clichés ancien et nouveaux n'a pas d'influence sur ses conclusions. L'expert reçoit et examine le patient les 14 et 20 avril 2010. Il procède à une anamnèse sociale, par systèmes, d'antécédents et actuelle très détaillée du cas. En particulier, il met en exergue les avis concordants de tous les médecins en 2007 et 2008 sur l'importance des pathologies et leur influence sur sa santé, l'expert de la SUVA retenant notamment que, dans une profession de substitution, la position assise ne pourra pas être maintenue sans pause supplémentaire et le Dr O\_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

S'agissant des plaintes du patient, elles concernent les douleurs principalement au genou gauche et à l'épaule, péjorées par les mouvements du bras, et à la cheville gauche. Il porte en permanence une attelle au genou et une canne.

Durant l'examen, le médecin observe que la boiterie est importante, la marche sans canne est difficile, le patient cherche sans cesse un appui, le déshabillage est lent et l'examen debout est difficile, tous les mouvements de l'épaule gauche sont limités.

Les constatations objectives mentionnent une mobilité passive et active réduite de l'épaule gauche (110/0/30 contre 160/0/40 à droite) et des douleurs à la palpation des sous et sus-épineux et de la gouttière bicipitale à gauche. Les signes de Neer, le palm-up test, Hawkins et Jobe sont positifs à gauche et négatifs à droite. La force de flexion du coude gauche est diminuée. S'agissant de la jambe gauche, la mobilité est réduite au niveau du genou (90/10/0 contre 120/0/0 à droite), des hanches (90/0/0 : flexion/extension; 20/0/20 : abduction/adduction; 20/0/20 : rotation interne/externe (les trois mouvements provoquant des douleurs au genou) contre 100/0/0; 70/0/20, 30/0/45 à droite). Tous les mouvements du membre inférieur gauche se font avec appréhension, contractions volontaires et retrait. Il y a une amyotrophie de la cuisse, un minime épanchement du genou, une douleur nette sur l'interligne interne, la palpation de la rotule est douloureuse. La cicatrice interne de la malléole est hypersensible et névromateuse, celle externe est souple et indolore.

Les radiographies effectuées le 14 avril 2010 montrent un pincement femorotibial interne, des épines tibiales effilées, de l'ostéoporose et une subluxation de la rotule (genou gauche), un status après ostéosynthèse par plaque vissée, de l'arthrose de

l'ostéoporose et un éperon calcanéen (cheville gauche), et des signes indirects de conflit sous acromial gauche (épaule gauche).

Le médecin pose les diagnostics suivants:

1) Fracture du massif des épines du genou gauche en 2006. 2) Fracture du condyle interne du genou gauche en 2006. 3) Déchirure du ménisque interne du genou gauche en 2006. 4) Algodystrophie du genou gauche en 2006. 5) Arthrose débutante du genou gauche. 6) Fracture non déplacée de la malléole interne gauche en 2007. 7) Status après fracture de la cheville gauche en 1990 ostéosynthésée. 8) Arthrose interne de la cheville gauche. 9) Névrome cicatriciel sur le bord interne de la cheville gauche. 10) Arthrose débutante de la cheville gauche. 11) Status après fracture de la cheville droite, ostéosynthésée en 1993. 12) Contusion de l'épaule gauche en 2006, suivie d'un conflit sous acromial et d'une capsulite de l'épaule. 13) Troubles psychiques d'adaptation 14) Diabète insulino-dépendant traité. 15) Hypertension traitée. 16) Surpoids.

En résumé de l'anamnèse, l'expert conclut que le patient était âgé de 56 et 57 ans au moment des trois accidents. Il est actuellement âgé de 59 ans, plombier, sans CFC et sans aucune autre formation. Il présente une impotence globale sévère, manifestée par une marche hésitante, avec importante boiterie du membre inférieur gauche, nécessitant le port d'une canne et d'une attelle du genou à demeure. Il note également une impossibilité de se déplacer, voire de tenir debout sans cannes, à cause d'une instabilité subjective du genou gauche et des douleurs du genou gauche et de la cheville gauche. La position assise n'est possible qu'avec un genou gauche en flexion à 70°. Il présente également une impotence de l'épaule gauche, confirmée par l'examen objectif, soit un déficit en rotation externe, flexion, abduction et rotation interne postérieure, une faiblesse musculaire des muscles rotateurs de l'épaule gauche, une douleur à toute manipulation, un syndrome de conflit sous-acromial. S'agissant du membre inférieur gauche, une amyotrophie de la cuisse gauche, réduction de 80 % de la fonction du genou gauche, en raison des douleurs constantes, diffuses et à l'examen, de l'amyotrophie, du défaut d'extension et de flexion, de la raideur et des douleurs de la cheville gauche, en sus d'une douleur névromateuse de la cicatrice.

Certes, les manœuvres de retrait, l'instabilité en position debout témoignent d'une fragilité neurophysiologique et psychosomatique du patient, mais cela est confirmé par un conseilium psychiatrique que le médecin se borne à mentionner sans le commenter, au vu de son incompétence en la matière. Les examens radiologiques confirment une ostéoporose-arthrose du genou gauche débutante, une arthrose du

compartiment interne de la cheville gauche et, indirectement, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

L'expert conclut que les diagnostics posés sous chiffres 1 à 10, 12 et 13 impliquent une incapacité de travail de 100 % en tant que plombier. Les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics retenus sont une réduction de la position assise prolongée, due à une douleur du genou gauche et un défaut de positionnement dans cette position du membre inférieur, par impossibilité d'extension et de flexion suffisante ; la réduction de la capacité de rester debout immobile plus de cinq minutes, une statique mauvaise et une instabilité, des douleurs du membre inférieur gauche ; une réduction de la marche à cause de douleurs du genou gauche et de la cheville gauche, le port de cannes et d'attelle indispensables actuellement ; une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, interférant avec tout travail de manutention, même légère et un trouble de l'adaptation. La survenance de l'incapacité de travail durable de 20 % au moins est fixée au 24 mars 2006. Au vu de l'impotence du membre supérieur gauche, du membre inférieur gauche, de l'atteinte neurovégétative du genou et de l'épaule gauches par une algodystrophie, et une capsulite rétractile, aucune activité lucrative ne peut raisonnablement être envisagée chez le patient, ce d'autant plus qu'un stage d'évaluation et de réorientation a été un échec. L'empêchement dans une activité adaptée est dû à l'impossibilité de se tenir assis correctement, de se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, de marcher sans cannes ni attelle et que, même avec ces moyens auxiliaires, le périmètre est réduit, et à l'impotence de l'épaule gauche.

L'expert précise que les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont vu le patient dans l'année qui a suivi les accidents, soit à une période où, sur la base des diagnostics évoqués, il pouvait raisonnablement être estimé qu'une reprise de travail serait possible, étant précisé que le Dr N\_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'un optimisme évident. Plus de trois et quatre ans après les lésions ayant provoqué l'incapacité de travail et deux ans après un échec de formation professionnelle, l'expert estime avoir davantage de recul. Il indique qu'un patient de 59 ans, avec une formation de base, n'ayant pas pu s'adapter à un stage professionnel et présentant des handicaps évoqués, victime de complications neurovégétatives et en présence de troubles d'adaptation, lui paraît inapte à toute reconversion dans une activité lucrative. Le patient est installé dans son handicap et rien n'y changera sans que sa bonne foi ne puisse être mise en cause. L'expert précise que ses constatations rejoignent celles des EPI : le patient peut bénéficier d'un travail en atelier protégé, mais le monde du travail n'offre aucune place susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations. Les chances de succès d'une réadaptation fonctionnelle (professionnelle) sont nulles. La capacité de travail ne peut pas être améliorée par

des mesures médicales, le pronostic est très mauvais pour une reprise de travail, et moyen pour une activité en atelier protégé. Le degré d'incapacité de travail est resté de 100 % depuis le 24 mars 2006.

25. Par pli du 11 mai 2010, l'assuré adhère aux conclusions du Dr R\_\_\_\_\_ et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2007.
26. Par pli du 2 juin 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR du 28 mai 2010, estimant que l'expertise n'a pas de valeur probante, car l'expert retient des diagnostics sans indiquer s'ils ont un effet sur la capacité de travail, se base essentiellement sur des facteurs non médicaux pour reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité, soit l'âge et l'absence de formation. Sans être psychiatre, et il a tenu compte d'un trouble de l'adaptation, qui n'est d'ailleurs pas incapacitant, pour fonder l'incapacité de travail.
27. Le Tribunal a sollicité de la SUVA sa détermination suite à l'opposition de l'assuré à sa décision et la transmission de tout document médical postérieur à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Il a également demandé à l'expert de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée en faisant abstraction des éléments non strictement médicaux retenus (âge du patient, formation, échec de la réadaptation, marché du travail).
28. Par pli du 21 juin 2010, l'expert a précisé qu'indépendamment de tout autre facteur, les limitations fonctionnelles de l'assuré ne permettent aucune activité lucrative, hormis dans un atelier protégé.
29. Par pli du 30 juin 2010, la SUVA a indiqué que le dossier était en cours d'instruction, aucune décision sur opposition n'ayant encore été rédigée.
30. Un délai a été imparti aux parties pour se déterminer.

Par pli du 11 août 2010. le conseil de l'assuré fait valoir que les conclusions de l'expert sont convaincantes, l'exploitation d'une capacité de travail résiduelle paraissant bien improbable lorsque l'on peut ni tenir assis correctement, ni se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, ni marcher sans canne ni attelle et que l'on souffre pour le surplus d'une impotence de l'épaule gauche. Les conclusions de l'expert ont effectivement prévu que le monde du travail n'offrait aucune place de travail susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffrait l'assuré, son âge et les troubles de l'adaptation n'arrangeant pas la situation, mais des éléments non médicaux ne peuvent pas diminuer une capacité de travail déjà

nulle en raison des handicaps évoqués. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, notamment psychiatrique, n'est pas nécessaire.

Par pli du 16 août 2010, l'OAI maintient ses conclusions, sur la base de l'avis de la Dresse P\_\_\_\_\_, du SMR, du 4 août 2010, et persiste à dire que l'expert n'a pas expliqué les raisons qui lui font retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

31. Par arrêt du 27 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) admet le recours, annule la décision du 13 novembre 2009 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008.
32. Par arrêt du 23 août 2011, le Tribunal Fédéral annule l'arrêt précité et renvoie la cause pour instruction complémentaire. En substance, il reproche à la juridiction cantonale d'avoir reconnu à l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ une valeur probante et de ne pas avoir suffisamment instruit la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée postérieurement à la stabilisation de l'état de santé en février 2008.
33. Par pli du 18 octobre 2011, la Cour de céans impartit au délai aux parties pour faire valoir une cause de récusation, cas échéant proposer des questions complémentaires.
34. Par pli du 2 novembre 2011, l'OAI indique n'avoir ni cause de récusation ni questions complémentaires à poser.
35. Par pli du 2 novembre 2011, l'assuré propose quelques questions supplémentaires à poser, qui ont été partiellement retenues.

**Attendu en droit** que jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales le Tribunal était compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05);

Que, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

Que le Tribunal fédéral a ordonné à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise;

Qu'il convient donc d'ordonner une telle expertise afin de déterminer si le droit de l'assuré à une rente d'invalidité a subi une modification notable au sens de l'art 17 LPGA, laquelle sera confiée au Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique;

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur G\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Dire s'il y a concordance entre les constatations objectives et les plaintes et/ou manifestations subjectives du recourant.
  5. Diagnostic(s).
  6. Conséquences sur la capacité de travail en tant que monteur sanitaire-plombier:
    - a) Mentionner pour chaque diagnostic, puis globalement, les limitations fonctionnelles.

- b) Mentionner pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent.
  - c) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable en tant que monteur sanitaire-plombier, le cas échéant.
7. Dire si l'état de santé est stabilisé depuis février 2008.
8. Dire si l'état de santé s'est amélioré depuis février 2008.
9. Conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée, après stabilisation de l'état de santé:
- a) Déterminer dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est exigible du recourant.
  - b) Dans l'affirmative, à quel taux d'activité, avec quel rendement, et dans quel domaine.
  - c) Préciser, le cas échéant, quelles sont les limitations fonctionnelles qui empêchent ou limitent l'exercice d'une activité adaptée.
  - d) Préciser comment le degré d'incapacité de travail a évolué dans le temps.
10. Dire si l'assuré souffre d'atteintes à la santé qui ne ressortent pas de votre spécialité et susceptibles de diminuer sa capacité de travail dans une activité adaptée.
11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle, en commentant le cas échéant les résultats du stage effectué en octobre 2008.
12. Expliquer pourquoi vous partagez ou vous vous écarter de l'avis:
- a) du Dr R\_\_\_\_\_;
  - b) du Dr T\_\_\_\_\_;
  - c) du Dr N\_\_\_\_\_;
13. Pronostic.
14. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Commet à ces fins le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique ;

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ;
5. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Irene PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le