

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4464/2011

ATAS/182/2013

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 février 2013**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de   recourant  
domicile en l'étude de Maître David METZGER

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE   intimé  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur H\_\_\_\_\_, né le en 1954, est horticulteur-paysagiste de formation. Il est né en France et y a travaillé comme gardien, magasinier-vendeur, ambulancier et maître-monteur. Depuis son arrivée en Suisse, en 1997, il a travaillé en tant que contrôleur-monteur commercial de 1997 à 1999. Dès octobre 2000, il était employé en tant que travailleur temporaire dans le bâtiment. En dernier lieu, il était employé municipal temporaire à la voirie du Grand-Saconnex. En 2003, son salaire était de 32 fr. 50 l'heure, avec une durée de travail de 40 heures par semaine.
2. Le 16 juillet 2003, il est victime d'un accident de travail qui lui occasionne une déchirure méniscale gauche traitée par arthroscopies le 14 août 2003 et le 9 mars 2004. Les suites de cet accident sont prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accident (SUVA).
3. Selon le rapport du 22 novembre 2004 de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) relatif au séjour de l'assuré du 5 octobre au 3 novembre 2004 dans cette clinique, l'assuré présente des gonalgies gauches, une déchirure du ménisque interne gauche traitée par arthroscopie et une chondropathie. A titre de comorbidités, les médecins de la CRR mentionnent une plaie de la main droite avec section tendineuse, une fracture du pied gauche en 1972, une cardiopathie hypertrophique avec troubles du rythme à type de tachycardie supra-ventriculaire, une épilepsie essentielle et des discopathies C3-C4, L4-L5. Dans le cadre de son séjour, l'assuré fait également l'objet d'une évaluation psychiatrique par le Dr I\_\_\_\_\_, lequel évoque un trouble de la personnalité avec une certaine instabilité professionnelle et une notion de toxicomanie au travail. Il y a des antécédents d'états dépressifs. L'assuré ne présente cependant pas de trouble de la personnalité à proprement parler, au vu de l'absence de souffrance et d'un fonctionnement psychosocial satisfaisant. Selon les conclusions des médecins de la CRR, l'examen clinique est rassurant, les importantes limitations fonctionnelles restent difficiles à expliquer par les seules constatations objectives et ne semblent plus avoir une grande relation avec l'accident initial. Les douleurs évoquées sont le principal obstacle à la reprise d'activités. La capacité de travail est de 50 % dans la profession d'employé de voirie.
4. Par demande reçue le 30 novembre 2004, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue d'une orientation professionnelle.
5. Dans son rapport du 22 décembre 2004, la Dresse J\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, pose les diagnostics de distorsion du genou gauche avec lésion méniscale et de chondropathie. Elle diagnostique également une tendinopathie chronique du sus-épineux droit depuis un an. La capacité de travail est nulle depuis

la survenance de l'accident. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 50 %. On peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité en position assise et sans port de charges.

6. Selon le rapport médical du 18 février 2005 du Dr K\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans une activité adaptée, sans manutention lourde avec le bras droit, sa capacité de travail est de 50%.
7. Le 3 mai 2005, l'assuré est victime d'un accident de la circulation avec un coup du lapin. Le diagnostic d'entorse cervicale est émis. Suite à cet accident, il se plaint de cervicalgies, de vertiges et de céphalées.
8. Dans son rapport du 21 mai 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr L\_\_\_\_\_, chirurgien, constate que son examen clinique est superposable à celui de septembre 2004, lors du séjour à la CRR. La situation n'est pas stabilisée et l'incapacité de travail perdure.
9. Dans son rapport du 12 juillet 2005 à la Dresse J\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate un début d'arthrose fémoro-tibiale interne, insuffisante pour l'indication d'une ostéotomie de valgisation. Il propose des séances de visco-supplémentation ou une infiltration à base de cortisone, ce qui ne permettrait néanmoins pas à l'assuré de travailler en raison de ses différentes autres pathologies. Il pense en outre qu'il est totalement illusoire de vouloir le faire travailler, notamment dans un métier lourd.
10. Le 26 septembre 2005, l'assuré est examiné de nouveau par le Dr L\_\_\_\_\_ de la SUVA. Il se plaint de problèmes au niveau de l'épaule droite avec troubles de la mobilité en élévation, de douleurs du genou à la marche, en position debout ou assise prolongée avec difficultés de monter ou descendre les escaliers et l'impossibilité de marcher en terrain inégal, ainsi que de douleurs cervicales basses. Il suit un traitement médicamenteux pour un problème épileptique datant de l'adolescence. Le Dr L\_\_\_\_\_ constate que l'assuré a une mobilité de la tête et de la colonne cervicale sans aucune restriction, alors que l'autolimitation est évidente pendant l'examen. Dans son appréciation, ce médecin indique que l'examen clinique est pauvre et en discordance avec les plaintes algiques. Les examens radiologiques ne mettent en évidence qu'une discrète arthrose débutante au niveau du compartiment interne des deux genoux. Au niveau cervical, il fait remarquer qu'il s'agit d'une contusion bénigne. Les examens complémentaires n'ont montré aucune lésion de type traumatique. Les conséquences délétères de l'accident, concernant le traumatisme cervical, sont éteintes. Les limitations pour le genou gauche sont les suivantes : pas de surcharge, ni de position debout ou assise prolongée, ni de marche sur de longues distances, ni monter ou descendre

fréquemment les escaliers, ni d'activité en terrain inégal. Dans une activité respectant ces restrictions, privilégiant les changements de position et la position assise, l'assuré pourrait travailler à plein temps avec un plein rendement, compte tenu des seules séquelles au genou gauche.

11. Par décision du 29 septembre 2005, la SUVA met fin aux prestations avec effet au 31 octobre 2005.
12. Selon l'avis médical du 10 mai 2006 du médecin-conseil de l'OCE, l'assuré présente une incapacité de travail définitive aux motifs suivants :

"Tenant compte de nombreux facteurs, avec surtout un manque de motivation évident, il me semble que ce patient ne pourrait plus travailler."

13. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), l'assuré est soumis, en novembre 2006, à une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médicale de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans leur rapport du 6 mars 2007, les Drs N\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et P\_\_\_\_\_, psychiatre, posent les diagnostics de gonalgies gauches chroniques mécaniques avec une chondropathie rotulienne, un status après arthroscopie avec résection d'un reliquat de la corne postérieure du ménisque en 2004 et status après arthroscopie avec résection méniscale en 2003, de cervicalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles dégénératifs et d'un status après entorse cervicale, de tendinopathie chronique de l'épaule droite et de lombalgies intermittentes non spécifiques dans le cadre de troubles dégénératifs. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail: syndrome du tunnel carpien bilatéral, épilepsie généralisée depuis l'âge de 16 ans, tachycardie supraventriculaire anamnestique, tabagisme chronique et antécédent d'épisode dépressif anamnestique à l'âge de 27 ans. Ils mentionnent que l'expertisé se plaint de gonalgies gauches permanentes, présentes dès le réveil, augmentant à la marche de plus de 300 mètres, à la descente et en manœuvre d'accroupissement. Il rapporte également des lâchages du genou. Il ne peut se mettre à genoux ni rester assis ou immobile et doit se lever régulièrement après 10 minutes à une heure. Il souffre aussi de douleurs quotidiennes de l'épaule droite, depuis 2003, augmentant à la mobilisation et lors du port de charges de plus de 5 kilos, et à l'épaule gauche depuis l'accident de mai 2005, quotidiennes, de caractère mécanique. A cela s'ajoutent des cervicalgies, des vertiges et des céphalées. Il n'a cependant pas de troubles de la concentration ni de la mémoire. Il dit également avoir des lombalgies basses occasionnelles et des douleurs à la main droite. La consultation de psychiatrie effectuée par la Dresse P\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence un diagnostic psychiatrique ni des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité. La Dresse P\_\_\_\_\_ n'exclut pas une

composante somatoforme au tableau clinique présenté par l'expertisé. Le Dr Q\_\_\_\_\_, neurologue, retient un examen clinique révélant une nuque de mobilité difficilement appréciable, une possible petite atteinte radiculaire S1 gauche séquellaire, mais sans élément en direction d'une atteinte médullaire et d'éléments en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Il n'y a pas d'atteinte structurelle significative du système nerveux. Ainsi, le Dr Q\_\_\_\_\_ estime, en ce qui concerne les sensations vertigineuses, que des facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans cette composante de symptomatologie, même s'il est tout à fait envisageable que celle-ci soit apparue dans les suites du whiplash. Dans l'appréciation globale, les experts retiennent une diminution importante de la capacité de travail dans une activité lourde, comme celle d'horticulteur ou d'employé à la voirie. La capacité de travail est probablement complète dans une activité adaptée, ne comportant pas de port de charges lourdes ni de charges légères à répétition, privilégiant les changements de position et la position assise, en évitant les surcharges du genou gauche, le maintien des positions debout ou assises prolongées, la marche de longue distance, la montée ou la descente fréquente des escaliers et la marche en terrain inégal. Au vu de l'épuisement progressif des ressources psychiques, les experts retiennent une diminution de rendement de 20 à 30 %. Le pronostic est réservé, vu la composante somatoforme. Enfin, un reclassement professionnel est judicieux.

14. Dans son avis médical du 17 avril 2007, la Dresse R\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) retient une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée, dès le 26 septembre 2005. Depuis décembre 2004, l'assuré est apte à être réadapté à 50 %, selon ce médecin.
15. Le 16 novembre 2007, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI procède à une comparaison de salaires. Selon son calcul, le degré d'invalidité est de 64% pour un taux d'incapacité de travail de 50% et de 41,9 % pour un taux de capacité de 100% avec une diminution de rendement de 20 %, en tenant compte d'une réduction de 15 % des salaires statistiques retenus à titre de salaire avec invalidité.
16. Le 11 décembre 2007, l'assuré subit une cure de tunnel carpien gauche et une neurolyse ulnaire au coude gauche.
17. Par décision du 3 septembre 2008, l'OAI accorde à l'assuré rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir une rente entière dès le 16 juillet 2004, un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005 et un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005. L'assuré recourt contre cette décision.
18. Par décision du 23 septembre 2008, la SUVA met fin aux prestations au 31 octobre 2008.

19. Le 21 octobre 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) revoit le patient après un épisode d'infiltration. Dans son courrier du 22 octobre 2008 à la Dresse J\_\_\_\_\_, il mentionne que, selon le patient, la douleur dans le bras gauche ne s'est pas améliorée et qu'il présente également des lâchages et une faiblesse de la main droite de manière assez répétitive. Au vu de l'échec des traitements d'infiltration et de la corrélation assez nette entre une hernie discale C6-C7 assez volumineuse comprimant la racine C7 et une cervico-rachialgie gauche, ce médecin estime indiqué un traitement chirurgical par discectomie C6-C7 et la mise en place d'une cage.
20. Du 29 janvier au 2 février 2009, l'assuré est hospitalisé au Service de neurochirurgie des HUG. Le 30 janvier 2009, il subit une double dyscectomie C5-C6 et C6-C7 avec mise en place d'une cage C5-C6 et prothèse cervicale en C6-C7 par le Dr S\_\_\_\_\_. Les suites postopératoires sont bonnes et sans complications, selon le rapport du 3 février 2009 des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ des HUG. Ils attestent par ailleurs une incapacité de travail du 29 janvier au 3 février 2009.
21. Par arrêt du 8 avril 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) admet partiellement le recours, annule la décision du 3 septembre 2008, en ce qu'elle a refusé une rente d'invalidité entière au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 et la confirme pour le surplus. Il renvoie enfin la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005.
22. Par décision du 20 mai 2009, la SUVA accorde à l'assuré une rente d'invalidité de 652 fr. 70 correspondant à une incapacité de gain de 24 %. Ce faisant, elle considère qu'il est à même, en ce qui concerne les seules séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à 100 %, à condition qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout.
23. Les 11 février, 8 et 10 mars 2010, l'assuré est examiné par les experts du Bureau romand d'expertises médicales (BREM), à savoir le Dr U\_\_\_\_\_, rhumatologue, la Dresse V\_\_\_\_\_, psychiatre, et le Dr A\_\_\_\_\_, neurologue. L'assuré se plaint de fortes douleurs aux niveaux de la colonne cervicale, du trapèze gauche et du membre supérieur gauche, présentes nuit et jour avec une augmentation lors d'efforts. Il dit aussi souffrir de douleurs au niveau du genou gauche, augmentant à la marche, à la montée ou à la descente, avec impression de lâchage, mais sans tomber. L'examen neurologique ne met en évidence que de très discrets stigmates évocateurs d'une souffrance sensitive du nerf médian au niveau du tunnel carpien. Quant aux cervicalgies, elles ne sont pas d'ordre radiculaire. Toutefois, l'existence de contractures musculaires diffuses pourraient expliquer une partie de cette symptomatologie. Les experts retiennent les diagnostics de cervico-brachialgies gauches depuis mai 2005, de status après cure

d'un tunnel carpien gauche et neurolyse du nerf gauche en décembre 2007, de status après dyssectomie C5-C6 et C6-C7 en janvier 2009, ainsi que de gonalgies chroniques à gauche après status avec une double arthroscopie pour la résection des ménisques internes. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, présente depuis jeune adulte avec périodes d'abstinence et nouvelle rechute depuis plusieurs mois, un syndrome de dépendance au tabac, une cardiopathie hypertrophique avec des troubles du rythme à type tachycardie supra ventriculaire et une épilepsie essentielle depuis l'âge de 16 ans. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % depuis mai 2005. Sur le plan somatique, le Dr U\_\_\_\_\_ constate d'abord un blocage quasi complet de la nuque, qui disparaît toutefois complètement lorsque l'assuré est hors de la vue ou lorsque son attention est distraite. Quant aux limitations, il ne doit plus porter de charges lourdes de plus de 15 kilos et faire des mouvements répétitifs avec la colonne vertébrale. La montée et la descente d'échelles ou d'échafaudages, ainsi que la position accroupie ou à genoux lui sont également interdites. Sur le plan psychiatrique, il est retenu que l'assuré présente depuis jeune adulte des traits émotionnellement borderline, état limite, se manifestant par des conflits relationnels, des changements fréquents d'employeur, des difficultés affectives et une difficulté à maintenir des liens. Cependant, ce trouble est resté compensé et ne l'a pas empêché de travailler jusqu'en 2003. A part une dépression réactionnelle dans un contexte de surcharge professionnelle il y a 30 ans environ, l'assuré n'a pas nécessité de suivi psychiatrique et ni traitement psychotrope. Il fonctionne par ailleurs dans son quotidien. L'expert-psychiatre retient également des discordances entre l'importance des douleurs alléguées et ses observations. Il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de détresse émotionnelle et de conflit psychique majeur. Quant au syndrome de dépendance à l'alcool, il entraîne une démotivation, une difficulté à se projeter dans l'avenir, sans entraîner de maladie psychique ou de troubles psycho-organiques. Les traits de personnalité n'atteignent pas un seuil suffisant pour retenir un trouble de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique au quotidien. Néanmoins, le pronostic est défavorable, l'assuré s'estimant dans l'incapacité de travailler, même à temps partiel.

24. Selon le rapport du 3 juin 2010 du Dr. B\_\_\_\_\_ du Service de neurochirurgie des HUG, l'évolution au niveau de la colonne cervicale est cliniquement stable avec persistance de douleurs cervicales irradiant dans les épaules des deux côtés, parfois dans les bras. L'examen neurologique est dans la norme, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur aux membres supérieurs et inférieurs ni de signes de myélopathie. Ces cervicalgies sont donc sans substrat radiologique et probablement en lien avec un déséquilibre local au niveau de la musculature cervicale en rapport avec la prothèse C6-C7.

25. Dans son avis médical du 17 août 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ du SMR retient, sur la base de la dernière expertise, que la capacité de travail est de 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2005 dans une activité adaptée qui devrait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.
26. Le 8 février 2011, une IRM lombaire est effectuée qui objective une petite hernie discale L4-L5 droite, entrant en conflit avec la racine L5 à droite, qui s'ajoute à une discopathie protrusive L2-L5, rétrécissant de manière modérée le canal lombaire à ce niveau.
27. Convoqué à un stage d'orientation professionnelle par l'OAI, l'assuré lui transmet le 17 février 2011 le rapport relatif à l'IRM lombaire précitée et le rapport du 3 juin 2010 du Dr B\_\_\_\_\_, ainsi qu'un certificat de la Dresse J\_\_\_\_\_. Cette dernière atteste qu'il souffre de cervicalgies persistantes, malgré l'opération, mises sur le compte d'un déséquilibre local au niveau de la musculature avec une raideur de nuque et nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques. En raison des lombalgies récurrentes, sur hernie discale L4-L5, elle a prescrit des séances de physiothérapie et majoré le traitement antalgique. Néanmoins, les lombalgies sont toujours très importantes. Cela étant, ce médecin estime que le patient ne peut que difficilement faire le stage organisé par l'assurance-invalidité, ne pouvant pas rester longtemps debout et se déplaçant difficilement. L'augmentation des antalgiques entraîne également des problèmes de somnolence.
28. Dans son rapport du 9 mars 2011, la Dresse J\_\_\_\_\_ confirme que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé avec une exacerbation récente de lombalgies chroniques, accompagnées de sciatalgies à droite. La compliance est optimale, il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité.
29. Dans son avis médical du 11 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ du SMR maintient que l'assuré a une capacité de travail de 100 %. Il estime notamment, en ce qui concerne la hernie discale à droite en conflit avec la racine L5, qu'il n'existe aucun critère de gravité. Les limitations fonctionnelles ne justifient pas une incapacité de travail dans toute activité et permettent un travail en station assise.
30. Dans son rapport du 3 octobre 2011, la division de la réadaptation professionnelle de l'OAI mentionne avoir proposé à l'assuré un nouveau stage d'orientation professionnelle, ce que ce dernier a refusé, estimant être en incapacité de travail totale. Cela étant, l'OAI évalue l'invalidité de manière théorique à 36 %
31. Le 10 octobre 2011, l'OAI fait parvenir à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité d'un quart dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en retenant une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sur la base de la dernière expertise et les avis médicaux du SMR.

32. Le 13 octobre 2011, l'assuré prend contact avec l'OAI par téléphone. Il conteste avoir refusé de faire le stage, mais dit qu'il ne peut pas prendre le bus du fait qu'il a peur de se faire mal. Il n'arriverait même pas à venir à l'OAI en raison de ses douleurs. Il a également fait une crise d'épilepsie en juin 2011.
33. Par courrier du 13 octobre 2011, l'assuré confirme les termes de l'entretien téléphonique susmentionné. Il ajoute qu'il a une femme de ménage du service social pour l'aider dans les tâches ménagères, et que le moindre déplacement est une corvée en raison des douleurs présentes 24 heures sur 24.
34. Par décision du 15 novembre 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité.
35. Par acte du 22 décembre 2011, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005. Subsidiairement, il conclut à l'octroi d'une demi-rente et au renvoi du dossier à l'intimé pour exécution de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 avril 2009, sous suite de dépens. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé, sous forme d'une exacerbation des lombalgies chroniques avec sciatalgies à droite, sur hernie discale L4-L5 en conflit avec la racine L5 droite. Il met également en cause la valeur probante de l'expertise du BREM, considérant qu'il ressort de celle-ci que les experts ont eu des préjugés à son égard, en faisant état de discordances entre l'importance des plaintes alléguées et leurs observations. A cet égard, il conteste exagérer ses douleurs. Quant à l'expert-psychiatre, il n'a procédé à aucun test. En outre, les experts du BREM n'ont pas indiqué pourquoi ils s'écartaient des diagnostics et des conclusions de l'expertise de 2006. Le Dr U\_\_\_\_\_ n'a notamment pas retenu des lombalgies intermittentes, alors même que, quelques mois plus tard, une discopathie L4-L5 a été mise en évidence. Il fait également le grief de ne pas avoir été soumis à un examen cardiologique ni à un examen concernant l'épilepsie. L'expert-psychiatre n'a pas justifié pour quelles raisons son appréciation médicale diffère de celle de l'expertise de 2006, notamment en s'interrogeant si les accidents de 2003 et de 2005 ont pu provoquer une décompensation psychique des traits de personnalité. Il estime plus cohérents les rapports médicaux de la Dresse J\_\_\_\_\_. Il en résulte notamment que son état de santé a empiré depuis 2006. En outre, en supprimant sa rente d'invalidité, l'intimé a procédé à une *reformatio in pejus*, d'autant plus injustifiable que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait lui-même admis que l'état de santé du recourant s'était aggravé, au moins depuis 2007. Le recourant relève par ailleurs que la SUVA a évalué sa perte de gain à 24 %, pour les seules atteintes du genou gauche, et a versé des indemnités journalières pour les conséquences de l'accident jusqu'au 26 novembre 2006. Le recourant estime dès lors que l'intimé devrait aussi admettre une incapacité de travail jusqu'à cette date. Toutefois, selon le médecin-conseil de l'OCE, son incapacité de travail est définitive. Le recourant critique enfin les experts du BREM en ce qu'ils ont retenu une capacité de travail à partir de mai

2005, alors qu'il venait de subir un accident avec un "coup de lapin" au début de ce même mois. Enfin, le recourant met en cause le calcul de sa perte de gain.

36. Dans son avis médical du 19 janvier 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur le recours. Il estime qu'il n'y a pas de nouveaux éléments d'ordre médical susceptibles de modifier les précédentes conclusions du SMR. Les atteintes lombaires ont été prises en compte dans les précédents rapports du SMR et dans l'expertise du BREM. Le Dr U\_\_\_\_\_ les a mentionnées dans les plaintes du recourant. Les rapports de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne sont pas convaincants, en ce qu'elle estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Tout en admettant qu'une reprise d'activité semble difficile, le médecin du SMR est de l'avis que cela n'est pas en rapport avec les atteintes à la santé du recourant.
37. Dans sa réponse du 24 janvier 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'expertise du BREM satisfait aux critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. La situation médicale ayant été investiguée à satisfaction, une nouvelle expertise ne se justifie pas. Pour le surplus, il se fonde sur le dernier avis médical du SMR.
38. Par ordonnance du 9 mars 2012, la Cour de céans ordonne une expertise médicale et la confie au Dr Simon E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
39. Dans son rapport du 4 octobre 2012, l'expert pose les diagnostics de cervico-brachialgies gauches depuis mai 2005, de status post-cure de tunnel carpien gauche et neurolyse du nerf cubital gauche, de status après dyssectomie C5-C6, C6-C7 et pose de prothèse cervicale et cage en janvier 2009, de gonalgies chroniques gauches avec gonarthrose modérée et de status post-menisectomie interne du genou gauche. Sont notamment sans répercussion sur la capacité de travail une cardiopathie hypertrophique avec trouble du rythme de type tachycardie supra-ventriculaire, une faiblesse relative du membre supérieur droit et une épilepsie essentielle. Les limitations sont les suivantes : interdiction de port de charges lourdes supérieures à 15 kilos; absence de mouvements répétitifs au niveau de la nuque; interdiction de travail en terrain accidenté, de monter et descendre d'échelles, ainsi que le travail sur échafaudages; limitation de l'accroupissement. La diminution de force relative constatée du côté droit n'entraîne pas de limitations supplémentaires, cette limitation étant par ailleurs sans rapport avec une atteinte de l'épaule droite, qui, cliniquement, est asymptomatique. Quant à la question de la concordance clinique des douleurs au niveau de la colonne cervicale, du trapèze gauche et du membre supérieur gauche, l'expert relève n'avoir pas trouvé, à l'examen clinique, la douleur du trapèze gauche, ni de contractures musculaires. Il a cependant objectivé une douleur à la répartition des épineuses du rachis, aussi bien cervicales, thoraciques que lombaires. La mobilité du rachis cervical est globalement limitée de manière constante. La position en flexum habituel peut entraîner quelques surcharges au niveau de la musculature de la nuque, sans que

cela ait un lien avec la prothèse C6-C7. Les surcharges mécaniques peuvent entraîner un inconfort musculaire, raison pour laquelle le recourant ne doit pas porter des charges de plus de 15 kilos et éviter les mouvements répétitifs avec la colonne cervicale. Sur le plan strictement médical, la capacité de travail est de 100 % dans un travail adapté, sans diminution tangible du rendement, dès décembre 2004 et de 50% dans l'activité habituelle. Quant à l'évolution de l'état de santé et sa capacité de travail depuis décembre 2004, l'expert constate que l'état de santé s'est amélioré depuis cette date. Le genou gauche ne présente stricto sensu pas de problème particulier, à savoir ni épanchement, ni hyper-laxité pathologique patente. La mobilité était complète et les douleurs, lors des différentes manœuvres de l'examen clinique, n'avaient pas apparues. Concernant la durée de l'incapacité de travail totale du recourant, suite à l'accident de mai 2005, l'expert s'est fondé sur les constatations de la SUVA, selon lesquelles le statu quo sine a été atteint pour le problème de l'entorse cervicale le 31 octobre 2005. L'expert judiciaire ne s'écarte de l'expertise du BREM que sur un point, à savoir la mobilité de la nuque. En effet, il constate un enraidissement objectivable et concordant, sans exagération entre l'examen clinique et l'attitude physique lors de l'entretien avec le recourant. Il existe une mobilité active réduite par rapport à la mobilité passive vraisemblablement consécutive à des tensions musculaires au niveau de la musculature para-vertébrale, ce qui entraîne l'attitude en flexum de la colonne cervicale.

40. Dans son avis médical du 22 octobre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ du SMR constate que l'expertise judiciaire est conforme aux les conclusions des deux expertises précédentes. Sur cette base, l'intimé persiste dans ses conclusions le 23 octobre 2012.
  
41. Dans ses conclusions du 5 novembre 2012, le recourant relève que l'expertise judiciaire comportant 34 pages contient en réalité 22 pages de reprises mot à mot du contenu des divers rapports médicaux et des expertises médicales déjà effectuées. L'expert ne donne aucune appréciation détaillée sur les divers documents. Il n'a pas non plus mentionné dans son rapport les propos qu'il a tenus au recourant lors des consultations au cabinet médical en date des 10 et 24 juillet 2012. A cette occasion, l'expert judiciaire lui a indiqué qu'il avait fait de nouvelles découvertes sur son état de santé (scoliose, jambe droite plus courte que la gauche, déchirure du muscle ventral, faiblesse au bras droit, arthrose dans les mains, pied gauche déformé, rétention d'eau dans les jambes et pieds gonflés). Le recourant reproche aussi à l'expert ne pas l'avoir regardé au moment où il s'est déshabillé pour voir les efforts que cela lui demandait. En effet, cet acte lui est particulièrement pénible. L'expert n'a pas non plus rapporté dans son rapport que le recourant présentait des vertiges lors de certains mouvements, alors même que l'expert l'avait remarqué. Il est par ailleurs faux de dire que la marche du recourant se faisait sans boiterie, comme c'est noté dans l'expertise. En effet, le recourant boitait lors des deux consultations en raison des douleurs aux genoux. Il ne comprend pas non plus que le port de charges soit limité à 15 kilos et non pas à 5 kilos, dès lors qu'un sac de courses de ce dernier

poids lui provoque déjà des douleurs et l'oblige à changer le sac de main, même sur de courtes distances, ce dont il a également fait part à l'expert judiciaire. Le recourant souligne aussi que ses plaintes ne sont mentionnées que sur neuf lignes et que l'expertise ne comporte pas un chapitre consacré à la discussion détaillée du cas. L'expert n'a pas non plus fait figurer dans les diagnostics les lombalgies chroniques avec petite hernie discale et discopathie protrusive. Cela semble indiquer qu'il a repris les conclusions de l'expertise du BREM, qui avait aussi omis de mentionner ce diagnostic. Compte tenu des lombalgies, il est difficilement compréhensible que l'expert retienne les mêmes limitations que celles retenues par les experts du BREM. Le recourant s'étonne aussi que la diminution de force constatée du côté droit ne puisse pas entraîner des limitations supplémentaires. L'expertise judiciaire démontre toutefois que le recourant présente des atteintes réelles au niveau cervical et qu'il n'a donc pas simulé les limitations à ce niveau, comme les experts du BREM semblaient le sous-entendre. Quant à sa conclusion que le recourant a une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, l'expert judiciaire n'explique, ni ne motive son appréciation, laquelle est en outre en contradiction avec le fait que l'état de santé du recourant s'est aggravé au fil des années et que de nouvelles limitations fonctionnelles sont apparues. L'expert judiciaire a aussi éludé la question 8. Compte tenu de ces éléments, le recourant estime que cette expertise a été réalisée avec peu de sérieux et ne présente pas de valeur probante. Notamment, l'appréciation de sa capacité de travail ne paraît pas convaincante, au vu des multiples limitations fonctionnelles objectivées. Il est dès lors surprenant que l'expert judiciaire soit d'accord avec les conclusions de l'expertise du BREM. Cela étant, le recourant sollicite de la Cour de céans de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire et de déterminer elle-même la capacité de travail sur la base de l'ensemble du dossier. De l'avis du recourant, ainsi qu'au vu de l'ensemble des atteintes invalidantes à sa santé, il convient de constater que sa capacité de travail est nulle.

42. Invité à se déterminer sur la réalisation des conditions de révision, subsidiairement de reconsidération de la décision 3 septembre 2008, le recourant fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2007, comme cela est constaté dans l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 avril 2009 où celui-ci a mentionné que l'état de santé s'était aggravé. Cela ressort aussi de l'expertise judiciaire. En ce que l'expert psychiatre a retenu en 2010 une capacité de travail de 100%, alors que les experts avaient jugé en 2006 qu'il y avait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20 à 30%, faisant passer le degré d'invalidité de 42 à 36%, il a procédé à une nouvelle appréciation du cas. Par conséquent, l'intimé n'avait aucun motif de révision. Les conditions pour une reconsidération ne sont pas non plus remplies, aucune inexactitude manifeste n'ayant été mise en évidence, dès lors qu'il apparaît plutôt que l'état de santé s'est aggravé. La décision du 8 septembre 2008 reposait par ailleurs sur une analyse complète de la situation médicale.

43. L'intimé soutient, dans ses écritures du 17 décembre 2012, que l'expertise du BREM a démontré que la capacité de travail du recourant s'est améliorée, de sorte qu'il y a un motif de révision.
44. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 8 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art 56 ss LPGA).
3. Se pose en premier lieu la question de l'objet du litige.

Par décision du 3 septembre 2008, l'intimé avait octroyé au recourant une rente entière dès le 16 juillet 2004, trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005 et un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Par jugement du 8 avril 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé cette décision, en ce que celle-ci a refusé une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2005, et l'a confirmée pour le surplus. Il résulte de ce dispositif que le Tribunal a maintenu les rentes partielles accordées dont le recourant avait demandé l'augmentation, et que l'instruction devait uniquement porter sur la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant était supérieur à ce que l'OAI avait retenu, au terme de l'instruction complémentaire.

Un tel jugement ne constitue par conséquent pas une reformatio in pejus potentiel, l'administration ne pouvant plus revenir sur les rentes partielles accordées. Ainsi, selon la récente jurisprudence du Tribunal fédéral, le Tribunal cantonal des assurances sociales ne devait pas accorder au recourant l'occasion de retirer son recours (ATF 9C\_310/2011 du 18 juillet 2011 consid. 3.2.4).

C'est donc à raison que l'intimé, qui a jugé que le quart de rente n'était pas justifié, l'a supprimé pour le futur par la voie de la révision et non pas à compter de décembre 2005, date de l'octroi. Pour le surplus, il y a lieu de considérer que l'intimé a refusé, par sa décision querellée, implicitement l'augmentation du trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005, ainsi que du quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005.

- 
4. 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'article 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 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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 (al. 1<sup>er</sup>). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. a) En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. c).

b) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

7. Pour l'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - leur caractère invalidant. De tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le

comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

9. En l'espèce, se pose en premier lieu la question du degré d'invalidité du recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2005.

L'intimé a considéré qu'après l'accident du 16 juillet 2003, l'état de santé du recourant s'était amélioré en novembre 2004. Ce faisant, il s'est fondé sur le rapport de la CRR du 22 novembre 2004, selon lequel la capacité de travail était de 50 % dans la dernière profession exercée, à savoir celle d'employé de voirie. Les diagnostics étaient alors essentiellement des gonalgies gauches avec notamment des discopathies C3-C4 et L4-L5. Sur le plan psychiatrique, l'expert-psychiatre a évoqué un trouble de la personnalité avec une certaine instabilité professionnelle et une toxicomanie, sans toutefois retenir ce diagnostic, ainsi que des antécédents d'états dépressifs. Les limitations professionnelles n'étaient pas toutes objectivables. Les douleurs présentaient le principal obstacle à la reprise d'activité. Il est à noter que les experts de la CRR ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Puis le recourant a fait l'objet d'une expertise du COMAI en novembre 2006. Les experts ne se sont cependant pas prononcés sur la capacité de travail du recourant entre l'accident de 2003 et celui de 2005.

Selon l'expertise du BREM, effectuée en février et mars 2010, les diagnostics étaient cervico-brachialgies gauches depuis mai 2005, status après cure du tunnel carpien gauche et neurolyse du nerf gauche en décembre 2007, status après dyscectomie C5-C6 et C6-C7 en janvier 2009, ainsi que gonalgies chroniques à gauche avec status après double arthroscopie pour la résection des ménisques. La capacité de travail est de 100% depuis mai 2005, selon les experts du BREM, conclusion qui est toutefois manifestement erronée, au vu de l'accident du recourant en date du 3 mai 2005.

Quant à l'expertise judiciaire, elle conclut à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et à une capacité totale dans une activité adaptée dès décembre 2004. Ce faisant, l'expert judiciaire admet une amélioration de l'état de santé du recourant dès cette date.

Il est à noter par ailleurs que cette évaluation est partagée par le médecin traitant, la Dresse J \_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 décembre 2004, où elle atteste une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et indique qu'il peut être exigé du recourant qu'il exerce une autre activité en position assise et sans port de charges.

Au vu de ces rapports concordants, il ne peut être admis que la capacité de travail était diminuée dans une activité adaptée dès novembre/décembre 2004 de plus de 50%, comme le recourant le fait valoir. Il n'y a dès lors pas lieu d'augmenter le droit à trois-quarts de rente.

10. Suite à l'accident du 3 mai 2005, l'état de santé du recourant s'est aggravé et il était totalement incapable de travailler, ce qui n'est pas contesté. Le 26 septembre 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ de la SUVA a constaté que les conséquences délétères de l'accident étaient éteintes et que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

L'aggravation ayant duré plus de trois mois, il y a lieu de mettre le recourant au bénéfice d'une rente entière après l'écoulement de ce laps de temps, soit dès le 3 août 2005. Suite à l'amélioration de son état en septembre 2005, il sied de réviser le droit à la rente après trois mois, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Il convient donc de reconnaître au recourant une rente entière d'août à décembre 2005.

11. Se pose toutefois la question du degré d'invalidité global du recourant dès janvier 2006 jusqu'à l'aggravation en novembre 2007, dès lors que la SUVA n'a pris en charge que les atteintes à la santé en lien avec l'accident.

Sur la base de l'expertise du COMAI du 6 mars 2007, l'intimé a admis dans un premier temps une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%.

Sur le plan somatique, la capacité de travail était "probablement" totale selon cette expertise dans une activité adaptée ne comportant pas de port de charges lourdes ni de charges légères à répétition, privilégiant les changements de position et la position assise, en évitant les surcharges du genou gauche, le maintien des positions debout ou assises prolongées, la marche de longue distance, la montée ou la descente fréquente des escaliers et la marche en terrain inégal.

Tel est également l'avis des experts du BREM, comme exposé ci-dessus, ainsi que de l'expert judiciaire.

Partant, il ne saurait être retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail supérieure à celle retenue par l'intimé dans sa décision du 3 septembre 2008.

12. A partir de novembre 2007, l'état de santé s'est aggravé, du moins provisoirement, un ENMG ayant montré des signes d'un tunnel carpien bilatéral et une neuropathie bilatérale. Par la suite, le recourant a été opéré du tunnel carpien et du nerf ulnaire gauches en mars 2008. Fin mars 2008, les cervico-brachialgies se sont accentuées. Suite à la découverte d'une hernie discale C6-C7, le recourant a subi une double dyscectomie C5-C6 et C6-C7 et une prothèse cervicale en janvier 2009. C'est la raison pour laquelle le Tribunal a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point.

Néanmoins, les experts du BREM ont considéré que la capacité de travail était restée entière dans une activité adaptée. Cette expertise n'a toutefois pas pris en

compte les douleurs lombaires et a minimisé les cervicalgies en raison de la discordance entre l'importance des plaintes alléguées et le comportement.

L'expertise judiciaire a conclu également à une capacité de travail complète, tout en objectivant une douleur à la percussion des épineuses du rachis cervical, thoracique et lombaire, ainsi qu'en constatant que la position de la tête spontanée était en flexion de l'ordre de 30° et que la mobilité du rachis cervical était globalement limitée de manière constante. La position en flexum habituelle pouvait entraîner quelques surcharges au niveau de la musculature de la nuque, sans que cela soit en lien avec la prothèse C6-C7, en raison de l'arthrose étagée de toute la colonne cervicale avec des pincements au divers espaces intervertébraux. Les surcharges mécaniques étant susceptibles d'entraîner un inconfort musculaire, le recourant ne devait pas porter des charges de plus de 15 kilos et éviter des mouvements répétitifs avec la colonne cervicale. Pour le reste, l'expert judiciaire a retenu les mêmes diagnostics et limitations que les experts du BREM. Il n'a pas non plus fait état des lombalgies et de l'hernie discale dans les diagnostics. Toutefois, il les a mentionnées dans les plaintes en indiquant que le recourant était gêné de manière irrégulière par des lombalgies déclenchées par certains mouvements. L'examen clinique a également porté sur la colonne lombaire et l'expertise a rappelé l'IRM lombaire du 8 février 2011 qui objective une petite hernie discale L4-L5 paramédiane droite entrant en conflit avec la racine L5 droite, ainsi qu'une discopathie protrusive L2-L3, rétrécissant de manière modérée le canal lombaire.

Même si, de l'avis de la Cour de céans, les atteintes à la colonne lombaire auraient dû figurer dans les diagnostics, il n'en demeure pas moins que l'expert judiciaire les connaissait et a dû les prendre en considération. Implicitement, il a donc considéré que, dans une activité adaptée, ces pathologies n'engendraient pas de limitations ni une incapacité de travail supplémentaires. Il doit en être de même des nouvelles découvertes concernant l'état de santé du recourant dont l'expert lui a fait part verbalement. Quant à la boiterie, l'oubli de la mentionner respectivement la constatation erronée de son absence ne sont pas très importants, dès lors que les limitations dues aux gonalgies ont été prises en compte et que de toute manière seule une activité essentiellement assise peut être envisagée. Ainsi, en dépit des carences relevées par le recourant, une valeur probante ne peut être déniée à cette expertise.

Certes, ses conclusions sont contradiction avec celles de la Dresse J \_\_\_\_\_ qui a considéré que la capacité de travail était nulle dans n'importe quelle activité. Cependant, dès lors que l'appréciation de ce médecin ne se fonde pas sur des éléments médicaux qui ont été ignorés par les experts, elle ne peut être retenue et n'est pas propre à mettre en cause les conclusions de ceux-ci, selon la jurisprudence précitée.

---

Les conclusions des expertises du BREM et du Dr E\_\_\_\_\_ étant concordantes, la Cour de céans n'a aucune raison de s'en écarter. Par conséquent, une incapacité de travail supérieure à celle retenue dans la décision du 3 septembre 2008 ne peut être admise.

13. Le recourant conteste également le calcul de la rente.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou

---

aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

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/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

14. En l'espèce, il est vrai que le calcul de la perte de gain a varié de façon étonnante en cours de procédure. En 2008, l'intimé s'est fondé, pour l'année de comparaison 2004, sur un salaire sans invalidité de 67'600 fr. et un salaire avec invalidité de 57'258 fr., avant un abattement de 15%. En 2010, il a retenu, pour l'année de comparaison de 2005, un salaire sans invalidité de 73'233 fr., en prenant considération un 13<sup>ème</sup> salaire, et un salaire avec invalidité de 58'892 fr., avant abattement de 15%. En 2011, le salaire sans invalidité retenu était, pour l'année de comparaison de 2005, de nouveau de 67'600, le salaire avec invalidité de 57'751 fr. et l'abattement de 25 %. Concernant le salaire sans invalidité, il est mentionné que l'intimé a pris en compte le salaire retenu par la SUVA pour son calcul d'invalidité. Le recourant a en outre déclaré à la SUVA que ce salaire n'aurait pas été évalué entre 2003 et 2005. Au vu de l'ancienneté des rapports de travail, l'intimé n'a pas pu obtenir de renseignements précis à ce sujet auprès du dernier employeur.

Il ressort effectivement du compte rendu de l'entretien du 6 décembre 2005 entre le recourant et la SUVA (doc. 39 p. 6 de l'intimé) que le recourant a expliqué avoir convenu avec son employeur qu'au vu de son salaire élevé de 32 fr. 50 de l'heure,

---

au lieu de 25 fr. de l'heure pour un manœuvre du bâtiment, son salaire ne bougerait pas dans les années à venir. De plus, il a indiqué qu'il n'avait pas droit à un 13<sup>ème</sup> salaire. Le recourant fait cependant valoir qu'avec les années, il aurait eu droit à un 13<sup>ème</sup> salaire. Cela n'est cependant étayé par aucune pièce et ne paraît pas vraisemblable en raison du salaire relativement élevé pour un employé de voirie temporaire. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que le salaire sans invalidité était en 2004 et 2005 de 67'600 fr.

Quant au salaire avec invalidité, il convient de se fonder sur celui calculé à 57'751 fr. en 2011, lequel prend en considération le salaire moyen pour les hommes dans une activité simple et répétitive de 4'588 fr. pour 40 heures de travail par semaine en 2004, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2004 (ESS 2004, TA1 niveau 4 p. 53). C'est à juste titre que l'intimé l'a ensuite calculé en fonction de la durée normale hebdomadaire de 41,6 heures en 2005, puis indexé à l'évolution de l'indice suisse nominal des salaires (ISS) entre 2004 et 2005.

Ainsi, en admettant une capacité de travail de 50% en 2005, comme retenu par l'intimé dans sa décision du 8 septembre 2008, ainsi que l'abattement supplémentaire de 25 % appliqué par l'intimé, le salaire avec invalidité s'établit à 21'656 fr. La perte de gain, par rapport à un salaire de 67'600 fr., est ainsi de 68 %, ce qui n'ouvre le droit qu'à trois quarts de rente. Le calcul de la rente dès mars 2005 n'est donc pas critiquable. Pour le calcul de la rente dès janvier 2006, l'intimé a admis une diminution de rendement de 20%. Compte tenu de celle-ci, la perte de gain est, en incluant un abattement de 25%, de 48 %. Ce degré d'invalidité correspond aussi à celui retenu par l'intimé dans sa première décision.

Cela étant, le calcul de la rente de l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

15. Quant à la suppression du droit à la rente par la décision dont est recours, il appert de ce qui précède que l'état de santé du recourant ne s'est certainement pas amélioré. Ainsi, les conditions pour une révision matérielle au sens de l'art 17 LPGA ne sont pas remplies. L'état de santé étant resté inchangé, voire même s'étant aggravé, l'intimé n'était pas habilité à réviser le droit à la rente en le supprimant, sur la base d'une nouvelle appréciation de l'état de santé. A cet égard, il y a lieu de relever que le fait qu'une nouvelle expertise conclue à une capacité de travail totale, contrairement aux appréciations antérieures, ne signifie pas encore qu'il y a une amélioration de l'état de santé. Or, en l'occurrence, l'expert judiciaire et les experts du BREM n'ont pas mis en évidence les éléments médicaux en faveur d'une amélioration.

16. Se pose dès lors la question de savoir si l'intimé était fondé de supprimer le droit à la rente par la voie de la reconsidération.

a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont

---

manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités).

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, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). 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 (ATF non publiés 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).

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; ATF non publié 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

b) En l'occurrence, les experts du COMAI ont retenu une diminution de rendement de 20 à 30% dans une activité adaptée en raison de l'épuisement progressif des ressources psychiques du recourant dans le cadre d'un éventuel trouble

somatoforme douloureux. Toutefois, les expertes-psychiatres du COMAI et du BREM n'ont pas retenu de diagnostic au sens de la CIM-10. La Dresse P\_\_\_\_\_ a fait état d'un équilibre fragilisé après la survenance de plusieurs événements adverses de la vie, équilibre qui a été rompu par l'accident de mai 2005. La Dresse V\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait depuis jeune adulte des traits borderline se manifestant par des conflits relationnels, des changements fréquents d'employeur, des difficultés affectives et une difficulté à maintenir des liens. Ce trouble n'était toutefois pas décompensé et n'avait pas empêché le recourant à travailler jusqu'en 2003, selon cette experte. Il convient donc de constater que les deux expertes psychiatres arrivent à peu près à la même conclusion, à savoir un équilibre fragilisé déjà avant l'accident de 2005. Dans ces conditions, il ne peut être admis qu'après ce dernier accident, une diminution de rendement de 20 à 30%, pour des raisons psychiatriques, soit manifestement erronée. Il convient à cet égard de relever que le rendement réduit n'est pas à mettre sur le compte du trouble somatoforme douloureux d'après l'expertise du COMAI, mais sur l'épuisement des ressources psychiques, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les critères élaborés par le Tribunal fédéral pour l'appréciation du caractère invalidant d'un tel trouble.

Cela étant, les conditions légales pour une reconsidération ne sont pas réalisées.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée. Par ailleurs, la décision du 3 septembre 2008 sera réformée dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière d'août à décembre 2005, et confirmée pour le surplus.
18. Dans la mesure où le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
19. Au vu de l'issue de la cause, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 15 novembre 2011.
4. Réforme la décision du 3 septembre 2008 dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière d'août à décembre 2005, et la confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Laure GONDRAND

Maya CRAMER

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