

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/694/2009

ATAS/170/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 22 février 2010

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève, représenté par
PROCAP Service juridique

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré), né en 1969, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, célibataire, domicilié en Suisse depuis 1996, après y avoir séjourné de 1991 à 1992, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assuré a exercé une activité de peintre en bâtiment auprès de l'entreprise X_____ depuis le 1^{er} février 2004 et était assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la Caisse Nationale Suisse d'Assurances (ci-après : la SUVA).
3. Le 21 février 2005, il a subi un accident professionnel (chute dans des escaliers) ayant occasionné une rupture de ligament croisé et des lésions méniscales du genou droit suite à une grave entorse.
4. L'assuré a été suivi par le département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) puis par la Doctoresse A_____, FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation.
5. Selon le rapport de la Doctoresse A_____, l'assuré a été en incapacité totale de travailler dès le 21 février 2005.
6. L'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur B_____, du 17 août 2005, a conclu à une situation pas du tout stabilisée et à une incapacité de travail totale justifiée.
7. Le 16 septembre 2005, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
8. Le 13 octobre 2005, le Docteur C_____ du département de chirurgie des HUG a estimé que les douleurs de l'assuré étaient peu compatibles avec les lésions ménisco-ligamentaires vues à l'IRM.
9. Le 24 octobre 2005, X_____ Entreprise peintures, papiers peints carrelages a rempli le questionnaire pour l'employeur en indiquant un engagement depuis le 1^{er} février 2004, un salaire annuel de 62'158 fr. en 2004 (sur onze mois) et de 66'000 fr. depuis le 1^{er} mai 2005.
10. Le 2 novembre 2005, le Docteur C_____ a constaté que l'assuré se plaignait toujours de douleurs au genou droit dès la mobilisation. Une plastie était à envisager quand les douleurs cesseraient.
11. Le 4 novembre 2005, la Doctoresse A_____ a attesté qu'elle suivait le patient depuis le 9 mai 2005 lequel se plaignait de douleurs aux deux genoux (le genou gauche ayant été accidenté en 1995) et de dorsalgies, plaintes en rapport avec

la problématique de rupture du ligament croisé articulaire. Une autre activité que celle exercée jusqu'à maintenant était exigible.

12. L'assuré a séjourné du 8 au 24 novembre 2005 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion qui a conclu à la nécessité d'une intervention vu l'insuffisance ligamentaire; le consilium psychiatrique du 14 novembre 2005 a conclu à un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2).
13. Le 3 février 2006, l'employeur de l'assuré a attesté d'un salaire de 27 fr. 35 de l'heure pour 42,5 heures par semaine et d'une gratification de 8,33 %.
14. Le 10 mai 2006, l'assuré a subi aux HUG une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit et une ménisectomie interne partielle, intervention qui, selon le rapport de la Doctoresse A_____ du 4 septembre 2006, n'a pas amélioré la situation et l'a même aggravée sur le plan des douleurs, entraînant une incapacité de travail dans toute activité. Le 26 septembre 2006, elle a attesté d'une aggravation avec algoneurodystrophie et des dorso-lombalgies et gonalgies.
15. Le 19 septembre 2006, la CRR a rendu un rapport suite au séjour de l'assuré du 13 juin au 25 août 2006. Elle a posé les diagnostics de :
 - thérapies physiques et fonctionnelles;
 - gonalgies droites et persistantes;
 - instabilité du genou droit et ménisectomie interne partielle le 10.05.2006;
 - troubles dégénératifs avec ulcération cartilagineuse et œdème sous-chondral des compartiments externes et internes sur l'IRM du 23.02.2005

et a conclu à terme, si la reprise de l'ancienne activité s'avérait impossible, à une pleine capacité de travail dans un travail moins contraignant pour les genoux, la situation n'étant pour l'instant pas stabilisée et l'incapacité de travail actuellement totale.

A la sortie le patient marchait sans canne, avec boiterie de décharge du membre inférieur droit. Il n'y avait pas d'argument pour une algodystrophie. Il n'y avait pas d'explication objective pour les importantes plaintes alléguées par le patient, hormis quelques troubles dégénératifs.

Le consilium psychiatrique du 10 juillet 2006 a conclu à l'absence de diagnostics psychiatrique avec un champ plus psychopathologique. Le rapport de physiothérapie du 28 août 2006 a relevé une ponctualité et coopération moyenne du patient, très centré sur sa douleur, ce qui avait empêché la mise sur pied d'un plan de rééducation fonctionnelle.

16. Le 5 octobre 2006, le Docteur B_____ a estimé que les dorsalgies n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du genou droit et qu'il n'y avait aucune lésion objectivée au niveau rachidien.
17. Le 29 novembre 2006, le Docteur D_____ du Département de chirurgie des HUG a attesté d'une vraisemblable complication, suite à l'intervention, soit une algoneurodystrophie. L'évolution après l'intervention avait été plutôt défavorable. Le patient ne marchait sans béquilles qu'à l'intérieur de la maison.
18. Le 1^{er} février 2007, le Docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique et médecine du sport, a attesté d'une crise inflammatoire du genou droit et d'une algoneurodystrophie floride ainsi que d'un syndrome de surcharge compensatoire du genou gauche.
19. L'assuré a signalé à la SUVA lors d'un entretien du 6 février 2007 que son état ne s'était pas amélioré, qu'il nécessitait des cannes pour marcher et une attelle, sans quoi son genou lâchait.
20. Le 21 février 2007, l'employeur a indiqué que le salaire 2007 était identique à celui de 2006.
21. Le 5 avril 2007, le Docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, a considéré qu'un reconditionnement musculaire était souhaitable et ne pensait pas que le patient puisse reprendre son travail de peintre, le genou droit présentant déjà des signes de gonarthrose. L'évolution était défavorable depuis un mois.
22. le 23 avril 2007, l'assuré a été examiné par le Docteur G_____, lequel a relevé que la situation n'était pas du tout stabilisée, que l'incapacité de travail totale était justifiée et qu'une hospitalisation à Beau-Séjour était souhaitable.
23. Par décision du 30 avril 2007, la SUVA a refusé de prendre en charge les frais liés aux lésions lombaires et au genou gauche.
24. Le 8 mai 2007, le Docteur F_____ a confirmé une évolution défavorable.
25. L'assuré a séjourné aux HUG, Unité de rééducation locomotrice du 31 mai au 27 juin 2007. Les diagnostics posés ont été les suivants, selon un rapport du 17 juillet 2007 :
 - "douleurs chroniques du genou droit sur instabilité antérieure majeure chronique.
 - Accident de chantier le 21.02.2005 : avec rupture du LCA du genou droit et déchirure de la corne postérieure des ménisques interne et externe du genou droit, traitée par plastie du LCA et ménissectomie partielle interne, le

10.05.2006. Déchirure de la plastie et redéchirure du ménisque interne à l'IRM de mai 2007.

- Neurapraxie du nerf cubital gauche au coude.
- Syndrome de surcharge du genou gauche.
- Dysfonctions dorsales et de la ceinture scapulaire sur syndrome myofascial".

L'assuré était totalement incapable de travailler. Il est mentionné que l'assuré quitte le service étant autonome avec deux cannes, et une limitation du périmètre de marche à 1 km/h maximum/j. avec toujours des douleurs dorsales à composante myofasciale, développées depuis l'utilisation des cannes, des douleurs de type surcharge du genou gauche et des douleurs chroniques au niveau du genou droit.

26. Le 12 septembre 2007, l'assuré a déclaré lors d'un entretien avec la SUVA que son état empirait.
27. Le 1^{er} octobre 2007, la Doctoresse A_____ a informé la SUVA que l'assuré souffrait aussi de vertiges non encore investigués et de gastrites suite au traitement médicamenteux.
28. Le 20 novembre 2007, la Doctoresse A_____ a confirmé une incapacité de travail totale. Un reclassement professionnel devait être considéré. Le patient ne pouvait pas travailler debout à cause des béquilles et devait changer de position du membre inférieur droit en raison des douleurs.
29. Le 6 février 2008, l'assuré a été examiné par le Docteur G_____ lequel a conclu le 8 février 2008 à une atteinte du genou droit encore sévère et une incapacité de travail totale comme peintre en bâtiment, probablement définitive, les capacités professionnelles résiduelles devant être examinées à la CRR.
30. Le 4 mars 2008, la Doctoresse A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel elle a attesté que l'état était stationnaire, qu'il existait des douleurs, une inflammation chronique du genou droit et une instabilité majeure ainsi qu'une algoneurodystrophie après l'intervention du 10 mai 2006.

La marche était difficile avec deux cannes, l'incapacité de travail totale comme travailleur du bâtiment et la capacité de travail dans une autre activité à évaluer par un stage SUVA en avril 2008.

31. Le 15 avril 2008, l'employeur a indiqué que le salaire 2008 était identique à 2007 et à 2006, lequel était de 27 fr. 35 de l'heure x 42,5 heures par semaine plus gratification 13^{ème} de 8,33 %.

32. L'avis de sortie du 15 mai 2008 de la CRR qui fait suite à l'hospitalisation de l'assuré du 22 avril au 15 mai 2008 a relevé qu'un changement de profession était indiqué.
33. Le rapport de la CRR du 12 juin 2008 a mentionné que l'assuré se plaignait de gonalgies droites permanentes, de gonalgies gauches, de lombalgies et d'épigastralgies.

En fin de séjour il n'y avait aucune amélioration s'agissant du membre inférieur droit. La coopération du patient était moyenne et le comportement douloureux très démonstratif. Le patient sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles de façon importante. Un diagnostic d'algodystrophie ne pouvait être retenu. Il y avait plutôt des troubles dégénératifs actifs avec synovite.

Ce rapport relève que "d'un point de vue professionnel, dans le contexte d'un status après plastie du LCA, avec rupture itérative du LCA et d'une gonarthrose, l'assuré présente les limitations suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée et descente fréquente des escaliers, pas de port de charge lourde au-dessus de 15 kg, pas de travail en position agenouillée ou accroupie. D'un point de vue médico-théorique, dans une activité adaptée, la capacité de travail serait complète. Cependant, le comportement douloureux adopté par le patient, son attitude passive et fataliste son manque de réceptivité aux explications, la pensée de type catastrophisation et focalisation sur la douleur, rendent probablement illusoire actuellement toute tentative de reconversion professionnelle. D'un point de vue médical, la situation est stabilisée. Il nous semble important de ne pas intervenir ni chirurgicalement, ni par des mesures thérapeutiques semi-invasives chez ce patient.

Du point de vue psychique, "l'assuré se plaint d'une baisse de moral, surtout le matin accompagné de vertiges et d'angoisses face à son avenir incertain, de nervosité, d'irritabilité, de ruminations et de solitude". Il n'y a pas de pathologie psychiatrique.

Le consilium neurologique du 29 avril 2008 a exclu une polyneuropathie et un substrat neurologique organique.

34. Le 25 juin 2008, le Docteur G_____ a estimé une atteinte à l'intégrité de 15 % et conclu à la prise en charge par la SUVA de quatre à six consultations annuelles chez le médecin-traitant, des médicaments antalgiques et l'orthèse du genou droit.
35. Par courrier du 7 juillet 2008, la SUVA a informé l'assuré que l'indemnité journalière entière lui serait versée jusqu'au 30 novembre 2008. Postérieurement, une décision sur le droit à la rente interviendrait.

36. Le 21 juillet 2008, le Docteur H_____ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dès juillet 2008.
37. Le 26 septembre 2008, la réadaptation professionnelle, à la suite d'un entretien du même jour, a indiqué que l'assuré se trouvait dans un contexte subjectif négatif.
38. Le 20 octobre 2008, la réadaptation professionnelle a estimé que des mesures n'étaient pas indiquées, l'assuré se considérant inapte à reprendre une activité professionnelle. Le degré d'invalidité était de 17 % compte tenu d'un revenu sans invalidité à 100 % de 65'480 fr. et d'un revenu d'invalidité à 100 % de 54'203 fr. fondé sur les ESS 2006, tableau TA1, niveau 4, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures et une déduction de 10 % (pour limitations fonctionnelles).
39. Par projet d'acceptation de rente du 29 octobre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré une rente entière du 21 février 2006 au 30 septembre 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Dès le 1^{er} septembre 2008, le degré d'invalidité de 17 % n'ouvrait pas droit à prestations.

40. Le 17 novembre 2008, la Doctoresse A_____ a rendu un rapport médical en relevant que le patient souffrait, à la suite de l'accident, probablement d'une majoration des troubles dégénératifs déjà existants. Dans les suites de l'opération du 10 mai 2006 une algoneurodystrophie était apparue, une distension du greffon et la présence d'un fragment osseux indépendant. Il avait besoin d'un traitement antalgique. Il nécessitait deux cannes anglaises pour ses déplacements et une attelle au genou. Il ne pouvait porter de charges.

Elle a listé les facteurs défavorables à la reprise d'une activité dite adaptée comme suit :

- "Monsieur S_____ est hermétique à toute discussion concernant une reprise de travail ou un reclassement professionnel, il est convaincu de ne plus pouvoir rien faire. Il se ferme lui-même les portes.
- Personnellement je l'ai vu souffrir et je le crois. Actuellement, le genou est nettement moins chaud, cependant à chaque pas les douleurs mécaniques de frottement sont présentes. C'est le comportement d'amplification qui diminue sa crédibilité.
- Pour avoir un autre avis psychiatrique dans cette histoire complexe et éventuellement être appuyée par rapport aux démarches AI, j'ai donné à Monsieur S_____ l'adresse d'un conseiller et l'ai engagé plusieurs fois à prendre contact ce qu'il n'a jamais fait. Je lui ai donné un traitement anxiolytique et antidépresseur qu'il a de son propre chef arrêté.

- Après l'accident Monsieur ressentait des vertiges, il n'est jamais allé passer les tests spécifiques auprès d'un ORL, il ne s'est pas présenté au rendez-vous pris par mes soins alors que l'examen aurait été pris en charge par la SUVA.
 - Les gastralgies sont exacerbées par les médications anti-inflammatoires dans le contexte d'un Hélicobacter certainement présent dans l'estomac avant l'accident, la SUVA est entrée en matière pour les frais médicaux. Il se peut que l'Hélicobacter soit résistant au traitement antibiotique et cela est du domaine LAMAL. Monsieur S_____ ne veut engager aucun soin supplémentaire ayant une franchise d'assurance très élevée.
 - Les lombalgies n'ont à mon sens rien à voir avec le traumatisme, j'ai demandé une scintigraphie osseuse qui a écarté un traumatisme sur toute la colonne. Je ne peux demander plus actuellement étant limitée par les mêmes raisons que ci-dessus".
41. Le 27 novembre 2008, l'assuré, représenté par PROCAP, a requis de l'OAI un complément d'instruction car le SMR se fondait exclusivement sur la procédure LAA alors même que la SUVA avait écarté les problèmes lombaires, gastroentérologiques et du genou et coude gauches. En plus, il souffrait de vertiges. Le revenu avec et sans invalidité était aussi contesté.
42. Le 9 décembre 2008, le Dr H_____ du SMR a rendu un "avis médical sur audition" en relevant que l'activité sédentaire, en position assise avec possibilité de changer de position qui était exigible pouvait également être effectuée en présence de lombalgies et de gonalgies gauches. Par ailleurs, les gastralgies n'étaient pas incapacitantes et facilement traitables. Enfin, la Doctoresse A_____ expliquait que l'assuré se considérait lui-même comme incapable de travailler et n'était pas collaborant, sans indiquer qu'il ne pourrait effectuer un travail adapté.
43. Le 12 décembre 2008, la SUVA a retenu cinq postes de travail considérés comme adaptés à l'état de santé de l'assuré et un salaire annuel moyen de 51'131 fr., soit employé de bureau (service clients), collaborateur de production (montage et employé à la presse), praticien en logistique (emballage) et ouvrier en montage.
44. Par décision du 16 décembre 2008, la SUVA a calculé un degré d'invalidité de 19 % et alloué une rente en conséquence (mensuelle de 799 fr. 55) ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr. (15 %). Le revenu sans invalidité était de 65'478 fr. (soit 27 fr. 35 x 8,5 x 5 x 52 + 13^{ème} salaire) et le revenu d'invalidité de 53'200 fr.
45. Le 13 janvier 2009, la Doctoresse A_____ a écrit au mandataire de l'assuré qu'une opposition à la décision de la SUVA était justifiée car ce dernier présentait des signes inflammatoires chroniques du genou droit et des douleurs chroniques exacerbées dès le moindre mouvement et présentes au repos, nécessitant la prise

constante d'antalgiques et entraînant un sommeil perturbé et des troubles de concentration limitant une activité professionnelle. L'assuré devait porter une orthèse au genou droit et présentait des lésions dégénératives douloureuses de ce genou. Il devait se déplacer en tout temps avec deux cannes anglaises. Il ne pouvait qu'exercer un travail à 100 % en position assise, sans port de charges en raison des cannes anglaises et sans déplacement régulier.

46. Par décision du 30 janvier 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 21 février 2006 au 30 septembre 2008 en constatant que la capacité de travail était nulle depuis le 21 février 2005 et entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2008 de sorte que dès le 1^{er} octobre 2008, le degré d'invalidité était de 17 %.
47. Le 29 janvier 2009, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 16 décembre 2008 en faisant valoir qu'elle ne tenait pas compte de ses réelles limitations fonctionnelles, que le revenu sans invalidité, imprécis, devait se fonder sur l'ESS 2006 (TA1, position 45, niveau 3) soit 72'000 fr. en 2008 et un revenu d'invalidité devait être celui d'un travail en atelier protégé en raison de la nécessité de travailler assis, la jambe allongée.
48. Le 2 mars 2009, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OAI du 30 janvier 2009 en concluant à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations. Une expertise pluridisciplinaire était requise.

L'évolution de son genou droit avait été défavorable depuis l'intervention du 10 mai 2006. Les troubles additionnels suivants avaient échappés au SMR, lequel avait à tort considéré qu'il s'agissait d'un cas essentiellement SUVA : neuropaxie du nerf cubital gauche (coude); surcharge du genou gauche, dysfonction dorsale et de la ceinture scapulaire sur syndrome myofascial; éléments anxieux très importants avec dépression larvée justifiant un traitement de rémeron ainsi que des problèmes gastriques et des vertiges.

S'agissant du taux d'invalidité, le revenu sans invalidité indiqué par l'employeur le 24 octobre 2005 était de 66'000 fr.. Ce revenu aurait dû évoluer. C'était à tort que l'intimé prenait en compte un revenu de 65'480 fr.. En présence d'informations contradictoires, il fallait se fonder sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006, TA1, position 45, niveau 3, indexé en 2007, pour 41,7 heures par semaine; on parvenait à un revenu de 71'966 fr. 80. Le revenu d'invalidité devait se fonder sur une activité en atelier protégé. Dans le cas contraire, une déduction maximale de 25 % devait être opérée. Enfin, il avait droit à des mesures de reclassement vu le taux d'invalidité de 17 %, proche du 20 % et de son jeune âge.

49. Le 24 mars 2009, le Docteur H_____ du SMR a relevé qu'une dépression larvée n'était pas invalidante et que la Doctoresse A_____ admettait elle-

même qu'un travail en position assise, avec possibilité de relaxer le membre inférieur droit sans port de charge et sans déplacement régulier était possible à 100 %. Une nouvelle expertise n'était donc pas nécessaire.

50. Le 31 mars 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en arguant que tous les médecins reconnaissaient au recourant une capacité de travail de 100 %. Même si les gastralgies et l'état dépressif étaient invalidants, on pouvait reprocher au recourant de ne pas avoir entrepris tout ce qui était exigible pour réduire l'incapacité de travail. L'assuré n'avait pas manifesté d'intérêt à reprendre le travail, ce qui justifiait le refus de toutes mesures de réadaptation professionnelle. Enfin, le revenu d'invalidé pouvait être fixé sans qu'il soit nécessaire de déterminer précisément les activités possibles et le revenu sans invalidité provenait des informations fournies par l'employeur soit 65'480 fr. par an, en 2006, 2007 et 2008.
51. Le 8 mai 2009, le recourant a répliqué en relevant qu'il n'était pas tenu compte de toutes ses pathologies, en particulier de la complication post-opératoire de type algodystrophique. L'évaluation de la Doctoresse A_____ ne valait que sur le plan rhumatologique. L'OAI devait déterminer précisément quelles activités concrètes il était capable d'exercer. Des mesures de réinsertion étaient requises.
52. Une scintigraphie osseuse partielle des genoux du 25 mai 2009 a conclu à un diagnostic différentiel d'arthrite et un élément de périostite du genou droit, sans argument en faveur d'une algoneurodystrophie du membre inférieur droit.
53. Le 15 juin 2009, le Dr H_____ a rendu un avis médical en précisant que les problèmes lombaires, scapulaires, du genou gauche et du coude relevaient bien du domaine de la rhumatologie, compétence de la Doctoresse A_____. Quant au problème psychique invoqué, l'assuré avait refusé de se rendre chez un psychiatre pas plus que, s'agissant de gastralgies, il ne s'était rendu chez un gastro-entérologue.
54. Le 24 juin 2009, l'intimé a dupliqué en précisant que le recourant ne remplissait pas les conditions d'octroi de mesures de réinsertion (notamment une incapacité de 50 % au moins durant six mois au minimum) puisque le SMR l'avait reconnu capable de travailler à 100 % et s'est référé à l'avis du SMR du 15 juin 2009.
55. Par décision du 29 juin 2009, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Les conclusions de l'expertise de la CRR étaient pertinentes et n'étaient en particulier pas valablement remises en cause par la Doctoresse A_____. Le revenu annuel d'invalidé calculé selon les DPT versés au dossier était de 53'200 fr. Il était de 55'080 fr. 20 si l'on se fondait sur les chiffres de l'ESS 2006, adaptés à 2008, avec un abattement de 10 %. Le salaire sans invalidité était de 65'478 fr. selon les indications de l'employeur, de sorte que le degré d'invalidité était bien de 19 %.

56. Une arthrographie et arthro-IRM du genou droit du 2 juillet 2009 a conclu à une gonarthrose fémoro-tibiale et une tuméfaction des tissus mous prérotuliens.
57. Le 17 juillet 2009, l'assuré, représenté par PROCAP, a recouru par devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 29 juin 2009 (procédure A/2553/2009) en concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une expertise orthopédique et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement, au renvoi du dossier à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Les avis au dossier étaient très contradictoires, notamment s'agissant de la présence d'une algoneurodystrophie et/ou d'un fragment osseux en projection des épines tibiales, de sorte qu'un complément d'instruction était nécessaire. Les conditions de travail en raison de ses limitations fonctionnelles étaient, en outre, incompatibles avec les exigences du marché du travail.
58. Le 25 août 2009, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que l'hypothèse du fragment osseux n'avait été évoquée qu'une fois par la Doctoresse A_____ et jamais confirmée ensuite et l'algodystrophie n'avait plus été retenue en 2008 en fonction d'examens IRM et scintigraphiques.
59. Le 28 août 2009, le Docteur F_____ a rendu un rapport dans lequel il mentionne avoir examiné le patient le 27 août 2009, que l'évolution depuis le 5 avril 2007 était tout à fait défavorable, que l'examen clinique n'était guère possible en raison des douleurs, qu'il était actuellement totalement incapable de travailler, que la scintigraphie du 25 mai 2009 et l'arthro-IRM du 2 juillet 2009 confirmaient un état inflammatoire.
60. Le 17 septembre 2009, la Doctoresse A_____ a attesté qu'elle avait revu le patient le 15 septembre 2009, que la symptomatologie douloureuse avait augmenté, que le genou était difficilement testable, que le genou gauche présentait une exacerbation douloureuse sur gonarthrose en relation avec la surcharge, que l'utilisation chronique des cannes et le déconditionnement musculaire global induisaient des tensions musculaires et des contraintes articulaires aux niveaux charnières des segments, qu'en raison des douleurs intenses de caractère inflammatoire du genou droit le patient ne pouvait exercer aucune activité professionnelle même en position assise.
61. Le 21 septembre 2009, l'assuré a répliqué à la réponse de la SUVA en invoquant une aggravation de son état de santé, attestée par les Docteurs F_____ et A_____. Une instruction complémentaire était justifiée.
62. A la demande du Tribunal de céans, le Dr H_____ de la Clinique romande de réadaptation (CRR) a indiqué le 24 septembre 2009 qu'une incapacité de longue durée pour la profession de peintre en bâtiment avait été reconnue au recourant, que les capacités résiduelles avaient été définies mais que l'exigibilité était du ressort du médecin d'agence de la SUVA. Il était impossible de confirmer le rapport de la

Dresse A_____ qui avait été établi plusieurs mois après la sortie de la CRR le 25 mai 2008. Pour ce qui concernait l'affection du genou, il n'était cependant pas fait état d'éléments médicaux nouveaux.

63. Le 13 octobre 2009, la SUVA a dupliqué en observant que l'aggravation de l'état de santé alléguée était postérieure à la décision litigieuse, qu'aucun élément objectif nouveau n'était de toute façon amené, qu'en tant que de besoin les examens d'imagerie pouvaient être soumis à la CRR.
64. Le "29 janvier 2009", la Doctoresse A_____ a indiqué que la SUVA ne retenait pas de laxité du genou, démontrée par les médecins orthopédistes, qu'elle n'avait pas pu être testée par le Docteur F_____ en raison des douleurs et qu'elle ne pouvait s'améliorer que par une intervention chirurgicale.
65. Par ordonnance du 16 novembre 2009, le Tribunal de céans a versé une copie des pièces du dossier A/2553/2009 dans le dossier AI.
66. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse A_____ a rendu un avis médical le 2 décembre 2009 relevant que, depuis mai 2009, l'assuré présentait en plus des douleurs mécaniques des douleurs de type inflammatoire prépondérantes et permanentes, une fatigue sévère en lien avec la perte de sommeil et des difficultés dans ses déplacements, qu'un traitement de morphine était tenté, que courant juin l'assuré ne pouvait plus poser le pied par terre pendant plusieurs jours, que la scintigraphie du 25 mai 2009 montrait une inflammation très intense et une évolution chronique persistante, qu'en raison des douleurs sur le phénomène inflammatoire sa capacité de travail était nulle depuis mai 2009, qu'enfin il était suivi depuis un mois par le Dr L. O_____ en raison d'un trouble dépressif consécutif aux douleurs.
67. Le 16 décembre 2009, le recourant a estimé que le rapport de la Dresse A_____ établissait l'aggravation et permettait d'admettre une incapacité de travail totale depuis mai 2009, dans n'importe quelle activité, de sorte que la rente d'invalidité à 100 % devait être réintroduite en tout cas dès le 1^{er} mai 2009.
68. Le 7 janvier 2010, l'intimé a constaté que l'aggravation de l'état de santé du recourant, reconnue de façon indéniable par le SMR dans un avis du 7 janvier 2010, était survenue postérieurement à sa décision du 30 janvier 2009, de sorte qu'une nouvelle demande pouvait être déposée par le recourant.
69. Le 21 janvier 2010, le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique médecin de la SUVA, a rendu une appréciation médicale. Il a relevé qu'il n'avait pu prendre connaissance que des investigations d'imagerie faites les 21 février 2005, 23 avril et 2 mai 2008. Sans avoir vu la scintigraphie du 28 avril 2008, il avait l'impression qu'il y avait même une amélioration par rapport à celle du 25 mai 2009. Il y avait une différence d'interprétation, le Dr J_____ évoquant une arthrite alors que le

Dr K_____ parlait de troubles dégénératifs. Il ne pouvait pas dire lequel avait raison. Quant à l'arthro-IRM du 2 juillet 2009, elle démontrait que la situation ne s'était pas dégradée depuis la clôture administrative du cas. Le Dr F_____ (rapport du 27 août 2009) ne s'était fondé que sur les plaintes du patient de sorte que c'était à tort qu'il s'était prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. La Dresse A_____ parlait d'inflammation (rapport du 2 décembre 2009) laquelle n'avait toutefois pas pu être élucidée et avait déjà été analysée et rejetée par les médecins de la CRR. La Dresse A_____ ne pouvait ainsi se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. En conclusion, il n'y avait pas d'éléments nouveaux, en particulier, pas d'état inflammatoire. Il n'y avait pas d'explication satisfaisante ou plan somatique des douleurs. Il y avait de troubles dégénératifs. L'exigibilité devait être confirmée.

70. Le 1^{er} février 2010, la SUVA a considéré que la situation ne s'était pas péjorée, qu'il n'y avait en particulier pas d'arthrite, ni de synovite, ni d'inflammation de sorte qu'elle maintenait ses conclusions.
71. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 16 septembre 2005 et une rente entière d'invalidité a été allouée au recourant du 21 février 2006 au 30 septembre 2008, celui-ci ayant été reconnu à nouveau capable de travailler depuis le 1^{er} juillet 2008. Les faits juridiquement déterminants dans le présent litige sont ainsi postérieurs au 1^{er} janvier 2008 de sorte que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 s'applique au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er}

janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 29 octobre 2008, qui a été confirmé par la décision du 30 janvier 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 2 mars 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2008 étant constaté que le recourant, dans ses dernières observations du 16 décembre 2009, requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2009.
4. 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. a) Aux termes de l'art. 28 al. 2, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, et 70 % au moins rente entière.

b) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce

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

c) Selon l'art. 88a 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). 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^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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. A cet égard, il importe 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, le recourant requiert préalablement une instruction complémentaire par le biais d'une expertise pluridisciplinaire au motif que certaines pathologies n'ont pas été prises en compte par les médecins de la CRR lorsqu'ils ont considéré qu'une activité adaptée était possible à 100 % dès le 1^{er} juillet 2008.

A cet égard, le Tribunal de céans constate que l'expertise de la CRR du 12 juin 2008 - laquelle répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, d'ailleurs admise par le recourant, - comprend non seulement un volet orthopédique avec le séjour du recourant du 22 avril au 15 mai 2008 dans le service de réadaptation générale et le rapport du Docteur H_____, spécialiste FMH médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique, un rapport d'un consilium neurologique du Dr L_____, FMH en neurologie, un rapport de physiothérapie, une évaluation des capacités fonctionnelles par Mme T_____, physiothérapeute mais aussi un rapport d'un consilium psychiatrique de la Doctoresse M_____. Il convient de constater que, contrairement à l'avis du recourant, dans le cadre de ces évaluations, les pathologies du genou gauche, lombaires, du coude gauche et psychiatriques ont bien été prises en compte par les médecins de la CRR.

En effet, les diagnostics posés mentionnent des troubles dégénératifs débutants du genou gauche (discret pincement interne) et une comorbidité de patellectomie du genou gauche. Les deux genoux ont été examinés notamment par le biais de radiographies, ainsi que la problématique du coude gauche notamment par un ENMG lequel a montré la disparition des anomalies de conduction du tronc; par ailleurs les plaintes du patient relativement aux douleurs lombaires, aux épigastralgies et aux vertiges ont été mentionnées (rapports du Docteur H_____ p. 3, p. 6, de Mme T_____ p. 1). Des investigations gastro-

entérologiques ont été effectuées avec un traitement d'IPP et des investigations auprès du Docteur N_____ pour les vertiges n'auraient pas été réalisées en raison de la non collaboration du patient, fait confirmé par la Doctoresse A_____ (dans son rapport du 17 novembre 2008). Du point de vue psychiatrique, la Doctoresse M_____ a exclu toute pathologie aiguë et mentionné un comportement régressif et passif constituant un frein à la réadaptation.

En conclusion, la capacité de travail retenue par les médecins de la CRR - soit une activité à 100 % adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée et descente fréquentes des escaliers, pas de port de charge lourde au-dessus de 15 kg, pas de position agenouillée ou accroupie - tient compte de toutes les plaintes formées par le recourant, en particulier relativement au genou gauche, au coude gauche, aux lombaires, à son état psychique, aux vertiges et aux épigastralgies. Le recourant n'a en particulier produit aucune pièce médicale qui attesterait de conséquences incapacitantes dues à ses plaintes, le suivi des vertiges, des épigastralgies et psychique n'ayant jamais été effectué par le recourant, fait confirmé par la Doctoresse A_____. S'agissant du rapport de celle-ci, comme le relève le Docteur H_____ du SMR, il ne contient pas de contradiction avec celui de la CRR dans la mesure où il conclut également à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, sous réserve de limitations plus importante, soit l'impossibilité de rester debout et de soulever toute charge.

Aucun élément médical ne permet ainsi de mettre en doute les conclusions des médecins de la CRR, lesquelles rejoignent - en particulier concernant la capacité de travail résiduelle du recourant - celles de la Doctoresse A_____ faites jusqu'à son avis du 17 novembre 2008.

Tel n'est cependant plus le cas au regard du dernier avis de la Dresse A_____ du 2 décembre 2009 selon lequel l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis mai 2009 de sorte que ce dernier subit, depuis cette date, une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette incapacité de travail a également été constatée par le Dr F_____ le 28 août 2009 en raisons d'un état inflammatoire et d'importantes douleurs. Du point de vue psychique, la Dresse A_____ a également attesté que l'aggravation avait entraîné un trouble dépressif, soigné depuis novembre 2009 par le Dr O_____. Cette aggravation de l'état de santé du recourant depuis mai 2009 a d'ailleurs été admise par le SMR le 7 janvier 2010, lequel indique qu'il est indéniable que le recourant présente une aggravation manifeste de son état de santé.

Cependant, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus

postérieurement devant fait l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366), de sorte qu'en l'espèce, l'aggravation de l'état de santé depuis mai 2009 ne saurait être pris en compte dans le cadre du présent litige, la décision attaquée ayant été rendue le 30 janvier 2009 par l'intimé.

Il incombera à l'intimé d'ouvrir une procédure de révision qui devra porter sur les faits survenus postérieurement au 30 janvier 2009 et de rendre une nouvelle décision. Une révision a en effet lieu d'office lorsque les organes de l'assurance ont connaissance de faits pouvant entraîner une modification importante du taux d'invalidité (art. 87 al. 2 RAI). Or, en l'espèce, l'intimé a eu connaissance de l'aggravation de l'état de santé du recourant dans le cadre de la présente procédure.

S'agissant de la période pertinente en l'espèce, soit jusqu'au 30 janvier 2009, il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant, compte tenu d'une capacité de travail reconnue totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2008 le rapport de la CRR ayant pleine valeur probante.

Le revenu sans invalidité a été calculé sur la base des renseignements fournis par la SUVA le 9 octobre 2008, soit un salaire annuel de 65'480 fr. en 2006, 2007 et 2008. Or, il n'y a pas de raison de s'écarter des renseignements fournis par l'employeur à la demande de l'intimé dans le questionnaire du 24 octobre 2005, soit un salaire annuel de 66'000 fr. dès 2005, ce d'autant que le salaire 2004 sur onze mois était déjà de 62'158 fr. Le revenu sans invalidité doit encore être adapté à l'année 2006 soit augmenté de 1,1 % selon l'évolution des salaires (La vie économique 11/2009 p. 95 tableau B 10.2) de sorte qu'il est finalement de 66'726 fr. Quant au revenu avec invalidité, il doit se fonder sur le revenu statistique de 2006 (ESS 2006, tableau TA1, niveau 4) soit mensuel de 4'732 fr. et annuel de 56'784 fr. Comme ce dernier revenu tient compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2006 (41,7 heures, La vie économique 10/2009 p. 90 B 9.2), ce montant doit être porté à 59'197 fr. L'intimé a appliqué une déduction globale de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Cette déduction, qui peut être confirmée, aboutit à un revenu d'invalidité de 53'277 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 66'726 fr., le taux d'invalidité est de 20,1 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2008. A noter que même si la déduction globale de 25 % était appliquée, le taux d'invalidité en résultant, soit 33,5 %, serait encore insuffisant pour ouvrir tout droit à une rente.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté, étant précisé qu'il incombera à l'intimé d'ouvrir une procédure de révision.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal

cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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