

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/9/2014

ATAS/381/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 27 mai 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968 en Colombie, y a suivi une formation dans le domaine des arts décoratifs, complétée en Suisse par des cours en bijouterie et gemmologie.

Depuis son arrivée à Genève, en 1999, il a travaillé pour le compte de divers employeurs, en dernier lieu pour l'entreprise B_____ LTD, comme agent de sécurité et opérateur en contrôles radioscopiques (contrôle des bagages de soute), domaine dans lequel il a accompli une formation en cours d'emploi.

2. Le 24 novembre 1992, l'assuré a subi une ostéosynthèse pour une fracture supra-condylienne du fémur gauche consécutive à un accident de la circulation.
3. Le 23 septembre 1999, le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Suite à cette intervention, un arrêt de travail a été prescrit jusqu'au 22 novembre 1999.
4. Dans un rapport du 7 novembre 2002, le docteur D_____, radiologue, a fait état d'un raccourcissement de 15 mm du membre inférieur gauche, d'une ancienne fracture consolidée avec un aspect un peu lacunaire de la région distale du fémur gauche, d'une ostéopénie diffuse et d'un syndrome d'hyperpression latérale externe. S'agissant du membre inférieur droit, le médecin avait constaté une minime déformation en varus, l'axe passant 1 cm à l'intérieur du centre des épines tibiales.
5. Le 10 octobre 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 29 juillet 2012.
6. Le 18 octobre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant un raccourcissement et une atrophie irréversibles de la jambe gauche, ainsi qu'une atteinte du nerf sciatique.
7. Dans un rapport adressé le 30 octobre 2012 à l'OAI, le Dr E_____, qui suit l'assuré depuis juillet 2012, a fait état de multiples fractures du membre inférieur, surtout au genou, et de défauts d'axes se comprimant les uns les autres. Il a relaté que son patient souffrait de fortes douleurs persistantes du membre inférieur droit, d'une atrophie et d'une gonarthrose. Il a estimé sa capacité à travailler à 0% depuis l'accident, que ce soit dans son domaine d'activité ou tout autre, précisant que l'assuré devait éviter la positions debout, penchée, accroupie, agenouillée ou bras au-dessus de la tête, la marche, les montées d'escaliers, le port de charges, les

rotations et qu'au surplus, ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Son pronostic était très réservé. Un travail s'exerçant en position assise et à mi-temps pouvait toutefois être tenté.

8. Le 26 novembre 2012, l'OAI a invité l'assuré à se renseigner sur des cours liés à sa formation artistique et susceptibles de lui être utiles dans le cadre d'une réorientation professionnelle (dessin en bijouterie et dessin assisté par ordinateur, par exemple).
9. Par communication du 11 février 2013, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures d'ordre professionnel, au motif que l'intéressé n'avait pas donné suite à sa demande du 26 novembre 2012.
10. Mandaté par l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu en date du 12 juillet 2013 un rapport d'expertise.

L'expert a retenu les diagnostics de gonalgies gauches chroniques, de status après ostéosynthèse fémorale gauche pour fracture sus-condylienne en 1992 et ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1999 et de péri-arthropathie de la hanche gauche.

L'expert a relevé qu'en dépit de gonalgies persistantes suite à l'opération de 1992, l'assuré avait pu exercer plusieurs activités professionnelles à plein temps et sans arrêts de travail durables jusqu'en juillet 2012.

À l'examen clinique, il a dit avoir constaté des troubles statiques du rachis consistant en une scoliose rachidienne droite avec abaissement de l'épaule et un raccourcissement du membre inférieur d'environ 1 cm., l'absence d'altération de la mobilité des articulations périphériques (sauf pour la hanche et le genou gauches), une restriction en rotation de la hanche gauche et des douleurs à la palpation du trochanter (lesquelles n'entraînaient toutefois pas de limitations manifestes et étaient donc sans incidence sur la capacité de travail), une limitation en flexion du genou gauche à 120°, un discret délabrement amyotrophique du quadriceps distal et des douleurs mal systématisées du genou dans sa portion antéro-interne.

L'assuré se plaignait de douleurs de la péri-hanche et de la cheville gauches, lesquelles n'avaient toutefois pas de conséquences fonctionnelles, l'examen clinique de la cheville étant au demeurant normal.

L'assuré relatait également des gonalgies chroniques et une limitation de la flexion, suite aux opérations subies en 1992 et 1999 ; il n'y avait toutefois pas d'autre signe de gravité ou de gonarthrose manifeste à gauche.

L'expert retenait une totale incapacité de travail depuis le 12 juillet 2012 jusqu'au jour de l'expertise, date à compter de laquelle il considérait que la capacité de l'assuré à exercer son activité d'agent de sécurité avait été recouvrée à 70% (compte tenu de la diminution de rendement due aux limitations fonctionnelles

relatives à la marche et à la station debout prolongée) et celle à exercer une activité adaptée (c'est-à-dire légère, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions toutes les deux heures, n'impliquant ni position accroupie ni montées ou descentes d'escaliers répétitives) à 100%, sans diminution de rendement.

11. Le 25 juillet 2013, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 8 juillet 2013 par Mme G_____, physiothérapeute, faisant état d'une flexion du genou diminuée à 120° avec une fin d'amplitude douloureuse, douleur variant selon les activités mais parfois estimée par l'assuré à 10/10, d'une force globalement diminuée, surtout en extension, d'une différence de périmètre entre les cuisses et d'un Lasègue positif à gauche ; il était précisé que la prise en charge physiothérapeutique avait permis de diminuer les contraintes exercées sur l'articulation fémoro-patellaire.
12. Par décision du 23 août 2013, l'assurance-chômage a reconnu à l'assuré une l'aptitude au placement dès le 1^{er} août 2013, au motif que son médecin lui avait reconnu une capacité de travail d'au moins 50%.
13. Le 12 septembre 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui refuser le droit à toute prestation.
14. Par courrier du 23 octobre 2013, l'assuré s'y est opposé en reprochant à l'expert la brièveté de son examen (une dizaine de minutes seulement), l'omission du fait que la profession d'agent de sécurité implique de rester debout et/ou assis plusieurs heures et en alléguant que les activités d'employé dans la restauration et de bagagiste n'étaient pas compatibles avec les limitations mentionnées par l'expert. Par ailleurs, l'affirmation de l'expert selon laquelle il ne se projetait pas dans l'avenir ne reflétait pas ses propos.
15. Par pli du même jour à l'OAI, le Dr E_____ a exposé que son patient présentait une amyotrophie du quadriceps gauche, des séquelles post-traumatiques du fémur gauche, un raccourcissement et une déformation métaphysaire à l'origine du trouble statique. Le médecin relevait des divergences entre les examens de 2001, l'expertise du Dr F_____ et ses propres conclusions.

A son courrier, il joignait :

- un rapport de radiographie des membres inférieurs et du genou gauche du 20 août 2013 du docteur H_____, radiologue, concluant à des séquelles post-traumatiques du fémur gauche, responsables d'un raccourcissement et d'une déformation métaphysaire distale à l'origine d'un trouble statique du membre inférieur gauche ;
- un rapport d'examen neurologique et électroneuromyographique rédigé le 24 septembre 2013 par le docteur I_____, neurologue, faisant état d'un status

séquellaire cicatriciel et partiellement amyotrophique de la partie distale de la cuisse et de la partie proximale de la jambe, ainsi que d'un signe de Lasègue négatif et d'un examen électroneuromyographique normal.

16. Par décision formelle du 19 novembre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation, au motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité avait toujours été nul.

L'OAI a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité en 2012, soit CHF 55'825.-, conformément au rapport de l'ex-employeur, à celui qu'il aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 55'995.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1, niveau 4, après indexation et compte tenu d'un taux d'activité exigible de 100% et d'une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles).

17. Par acte du 3 janvier 2014, l'assuré a interjeté recours en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2013 au moins et à la mise en œuvre de mesure professionnelles.

En premier lieu, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique. Selon lui, l'examen du Dr F_____ n'a duré que dix minutes, l'anamnèse n'est pas exhaustive (car l'expert n'énumère pas précisément les documents consultés et les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions des autres médecins), ses plaintes n'ont été rapportées que brièvement et ne rendent pas fidèlement compte de ses déclarations (il est notamment indiqué à tort que son genou ne fait pas l'objet de blocages), les points litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, les conclusions de l'expertise ne sont pas claires, l'exclusion du diagnostic de gonarthrose n'est pas motivée et l'expert se contredit en affirmant qu'il marche « avec sans boiterie ». Qui plus est, le doute est jeté sur les déclarations de l'expert par les constatations du Dr H_____, lequel a évoqué de probables chondropathies dégénératives et lésions d'arthrose fémoro-patellaires.

En second lieu, le recourant invoque une aggravation de son état de santé depuis juillet 2012, entraînant une incapacité de travail totale dans son ancienne profession et partielle dans une activité adaptée (50% au moins selon ses médecins et l'assurance-chômage).

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 janvier 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que le recourant ne peut se prévaloir d'une anamnèse incomplète, puisqu'il s'agit-là d'une démarche subjective et qu'il ne met pas en doute la neutralité de l'expert.

Il ajoute que l'avis d'un radiologue ne saurait permettre, à lui seul et sans examen clinique, de se prononcer sur la capacité de travail.

Enfin, il rappelle que l'assurance-invalidité n'est pas liée par la capacité de travail retenue par l'assurance-chômage.

19. Le 24 février 2014, le recourant a répliqué en persistant dans ses conclusions et en reprenant l'argumentation développée dans son recours.

En outre, il reproche à l'intimé de ne pas s'être déterminé sur l'ensemble de ses griefs et de n'avoir pas exposé les raisons pour lesquelles il se fonde sur l'avis de l'expert F_____, nonobstant le diagnostic divergent du Dr H_____.

Enfin, il allègue que les développements de l'intimé au sujet de la capacité de travail retenue par l'assurance-chômage ne seraient pas pertinents.

20. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 21 août 2014, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____.

Ce dernier a déclaré que l'expertise du Dr F_____ lui semblait « bâclée, incomplète et fautive ».

Le témoin a rappelé que son patient souffre d'une lésion importante du genou, entraînant également des répercussions sur la hanche et la cheville.

Il a relevé que le défaut d'axe ne semblait pas avoir été pris en compte par l'expert, expliquant à cet égard que le morphotype de l'assuré est en O (normal) au niveau du membre inférieur droit mais en X au niveau du membre inférieur gauche, suite à l'ostéosynthèse, ce qui entraîne une déviation et des conséquences sur la capacité de travail, dont il a estimé qu'elles avaient été sous-évaluées par l'expert.

Selon lui, la capacité à exercer une activité adaptée, permettant une alternance des positions et l'extension de la jambe ne dépasse pas 50%.

Le témoin a ajouté que si une expertise devait être mise sur pied, il serait préférable de la confier à un chirurgien orthopédiste, plus spécialisé dans les atteintes traumatologiques, qu'à un rhumatologue.

21. Entendu le même jour en comparution personnelle, le recourant a expliqué que l'assurance-chômage lui avait accordé une mesure d'observation professionnelle qui débiterait en septembre 2014.

Il a produit un rapport d'observation professionnelle rédigé le 29 septembre 2014 par la fondation PRO, auprès de laquelle il a accompli durant quatre semaines au total deux stages permettant l'alternance des positions. Le premier avait consisté en diverses tâches (travail administratif, recherches sur Internet, géométrie, calcul, montage/démontage d'appareils électriques, dessin technique, découpes), le second dans l'assemblage d'amortisseurs destinés à l'industrie ferroviaire.

Les évaluateurs avaient constaté des douleurs quotidiennes importantes des membres inférieurs, ainsi qu'une mobilité difficile (lenteur, boiterie, pertes d'équilibre) ; l'assuré ne pouvait pratiquement jamais travailler debout et devait interrompre son travail toutes les 45 minutes en raison des douleurs, ce qui diminuait sa productivité ; par ailleurs, il était découragé par le fait que son « statut » n'était toujours pas reconnu par l'AI ; la qualité de son travail était satisfaisante et son rendement de 80%.

Après sept jours d'activité, douleurs et fatigue avaient conduit le médecin de l'assuré à réduire son taux d'activité de 50 à 40% mais, malgré cette diminution, il avait tout de même été absent pendant six jours.

En conclusion, l'exercice d'une activité adaptée à 50% ne paraissait pas réaliste aux maîtres de stage, vu les limitations et nombreuses absences. Préalablement à toute réorientation professionnelle, ils préconisaient d'attendre une amélioration de l'état de santé et une « clarification du statut » de l'assuré.

22. Par écritures complémentaires du 13 octobre 2014, l'intimé a persisté dans son argumentation.

Il fait valoir que le rapport d'observation professionnelle ne se substitue pas aux rapports médicaux et que le stage auprès de la fondation PRO a été mis en œuvre par l'assurance-chômage, laquelle examine la question de l'aptitude au placement, contrairement à l'assurance-invalidité. En outre, ce stage était de courte durée et le rapport ne précise pas clairement si les activités effectuées étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles. Le rapport stipule alternativement que l'assuré est motivé/pas assez motivé, qu'il prend/ ne prend pas de pauses supplémentaires.

Par ailleurs, l'intimé soutient que les conclusions de l'expert doivent primer sur celles du Dr E_____, lequel fait part de constatations identiques à l'expert au sujet de l'atteinte du genou et n'explique pas pourquoi il fixe la capacité de travail à 50%.

Quant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, elle lui semble superflue, dans la mesure où le Dr F_____ est spécialiste des maladies articulaires et où le recourant souffre précisément d'une telle maladie, en l'occurrence d'une gonarthrose.

23. La chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et de mandater le centre d'expertises médicales de la Polyclinique universitaire de Lausanne. Elle leur a communiqué le nom des experts, le projet de mission d'expertise et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et déposer d'éventuelles questions complémentaires.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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 - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. La question préalable à l'octroi d'éventuelles prestations est de savoir si les atteintes somatiques de l'assuré entraînent une incapacité de travail, cas échéant dans quelle mesure.
5. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Tel est le cas en l'espèce.

D'une part, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise rhumatologique ne discute pas le diagnostic de « défaut d'axe » posé par le Dr E_____, ni ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, bien que ce diagnostic soit mentionné dans l'anamnèse. Le rapport n'expose pas non plus les raisons pour lesquelles le diagnostic de gonarthrose est écarté.

D'autre part, les évaluateurs de la fondation PRO ont conclu, après un stage d'observation professionnelle d'un mois, que l'exercice d'une activité adaptée à 50% ne leur paraissait pas réaliste. Ils ont constaté une mobilité difficile et des douleurs quotidiennes importantes, en raison desquelles l'assuré n'avait pratiquement jamais pu travailler debout et avait dû interrompre son travail toutes les 45 minutes. Pourtant, selon l'expert F_____, le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Devant la nécessité d'éclaircir les éléments médicaux rappelés supra et la divergence notable entre les conclusions de la fondation PRO et celles de l'expert, il paraît nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Centre d'expertises de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne.

Eu égard aux opinions contradictoires des parties sur la spécialité médicale régissant les atteintes en cause, l'expertise sera confiée à deux médecins spécialisés respectivement en rhumatologie et médecine orthopédique, soit les docteurs J_____, interniste, K_____, spécialiste FMH en orthopédie et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise judiciaire en médecine orthopédique et rhumatologie, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur, après avoir pris connaissance des dossiers de l'OAI et de la présente procédure, procédé aux éventuels examens radiologiques nécessaires et recueilli tous les renseignements utiles auprès des médecins du recourant.
2. Commet à ces fins le Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, sis avenue de Béthusy 54, Lausanne, plus particulièrement les docteurs J_____, interniste, K_____, spécialiste FMH en orthopédie et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Charge les experts de se livrer à une appréciation consensuelle du cas, puis de répondre de manière commune en motivant leurs réponses aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée du cas.
 2. Quelles sont les plaintes du recourant ?
 3. Constatations objectives et status clinique.
 4. Diagnostic(s).
 5. Depuis quand les troubles sont-ils présents ?
 6. Décrire l'évolution de l'état de santé. Y a-t-il eu des aggravations ou au contraire des rémissions ? Le cas échéant, dire précisément quand celles-ci sont intervenues.
 7. Conséquences des atteintes sur la capacité de travail dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et opérateur en contrôles radioscopiques :
 - a. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les différentes atteintes ?
 - b. Quelles sont les conséquences de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant, en pourcent ?
 - c. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur, en pourcent ? Est-elle déjà prise en compte dans votre estimation de la capacité de travail ?

- d. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable en tant qu'agent de sécurité et opérateur en contrôles radioscopiques, le cas échéant.
- e. Préciser comment le degré d'incapacité de travail a évolué dans le temps, en particulier depuis juillet 2012.
8. Conséquences des atteintes sur la capacité de travail dans une activité adaptée :
- a. L'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles est-il exigible du recourant ? Dans l'affirmative, à quel taux et dans quel domaine ? Pouvez-vous mentionner des exemples d'activités adaptées ?
- b. Préciser, le cas échéant, quelles sont les limitations fonctionnelles qui empêchent ou restreignent l'exercice d'une activité adaptée.
- c. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur, en pourcent ? Est-elle déjà prise en compte dans votre estimation de la capacité de travail ?
- d. Préciser comment le degré d'incapacité de travail a évolué dans le temps, en particulier depuis juillet 2012.
9. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Si oui, lesquelles ? Quelle en serait l'influence sur le taux de la capacité de travail ?
10. Quelles seraient à votre avis les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ? Pourquoi ?
11. Partagez-vous les conclusions figurant dans le rapport d'observation professionnelle du 30 septembre 2014 selon lesquelles l'exercice d'une activité adaptée à 50% n'est pas réaliste ? Les limitations fonctionnelles observées pendant le stage correspondent-elles à vos constatations ? Veuillez motiver votre réponse.
12. Partagez-vous les conclusions du Dr F_____ s'agissant en particulier des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ? Veuillez motiver votre réponse et vous pencher plus particulièrement sur la question du défaut d'axe relevée par le Dr E_____.

13. Partagez-vous les conclusions des Drs E_____ et H_____ s'agissant en particulier des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ? Veuillez motiver votre réponse.
 14. Appréciation du cas et pronostic global.
 15. Faire toute remarque ou suggestion utile.
4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
 5. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le