

GE_GERICHTE ATAS/41/2011 vom 18. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_41_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/41/2011 du 18 janvier 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/41/2011 del 18 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de révision est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les

A/2170/2010 - 15/28 - modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).

E. 3

Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 4

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la demi-rente octroyée au recourant par décision du 24 avril 2001, avec effet rétroactif au 23 octobre 1995. C'est le lieu de préciser que le recourant renonce à une rente d'invalidité entière.

E. 5

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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.

E. 6

Dans un premier temps, le recourant invoque l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 pour s'opposer à la suppression de sa demi-rente d'invalidité. En effet, il considère que l'intimée aurait dû demander la révision de l'arrêt précité, au lieu de réviser sa décision, ce d'autant moins que la

A/2170/2010 - 16/28 - cause lui avait été renvoyée pour instruction complémentaire sur la seule question de l'aggravation de son état de santé. Il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcé l'autorité judiciaire par un jugement passé en force (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige, lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Les décisions revêtues de l'autorité de chose jugée peuvent à certaines conditions être modifiées. Tout d'abord, une décision peut être révisée en raison d'un changement des circonstances. C'est ainsi que selon l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification déterminante, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3120/2006 du 27 février 2008). Dès lors que l'office AI entre en matière sur la demande de révision, celui-ci doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. L'office AI n'est cependant pas lié par les conclusions de l'assuré; il est soumis à la maxime inquisitoire et doit appliquer le droit d'office. Si, après avoir procédé aux mesures d'instruction nécessaires, l'office AI constate que l'état de santé s'est amélioré notablement ou que ces conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important, il lui appartient de réduire, voire, le cas échéant, de supprimer le droit à la rente (ATFA non publié I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 4.1). En l'occurrence, l'arrêt du 4 décembre 2007 est entré en force, faute de recours. Le droit du recourant à une demi-rente a dès lors

été admis et confirmé, de manière définitive et a acquis l'autorité de chose jugée. Seule peut donc entrer en considération une demande de révision (art. 17 ou 53 al. 1 LPGGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA). L'argument du recourant, selon lequel l'intimée devait requérir la révision de l'arrêt du 4 décembre 2007 ne saurait au vu de ce qui précède être retenu, dès lors que la révision de la décision au sens de l'art. 17 LPGGA est envisageable, sur la base de l'expertise du 24 septembre 2009.

A/2170/2010 - 17/28 -

E. 7

Il convient donc de déterminer si l'intimée pouvait réviser la rente en application de l'art. 17 LPGGA. a) Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Pour qu'une décision de révision constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une autre révision, il faut qu'elle porte sur l'adaptation effective du droit à la rente en cours au taux d'invalidité nouvellement déterminé, et non qu'elle se borne à confirmer la décision initiale (ATF 109 V 265 consid. 4a; voir aussi ATF 130 V 75 consid. 3.2.3). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative,

A/2170/2010 - 18/28 - l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidité, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante

lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). b) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

A/2170/2010 - 19/28 - 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 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. 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Étant 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). 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988

A/2170/2010 - 20/28 - p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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).

E. 9

En l'espèce, il s'agit donc de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré entre la décision initiale du 24 avril 2001 et la décision querellée du 20 mai 2010. a) Lors de la décision initiale du 24 avril 2001, les diagnostics suivants avaient été posés : – Sur le plan rhumatologique : rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs

discrets du rachis, rhumatisme psychogène, douleurs de l'épaule droite avec calcification du sus-épineux, dysthymie dans le cadre de troubles de la personnalité émotionnellement labile et à trait impulsif et hypercholestérolémie (expertise rhumatologique du 9 septembre 1999). Ces diagnostics ne justifiaient toutefois pas d'incapacité de travail dans la dernière activité de nettoyeur et d'homme à tout faire de l'assuré ni dans l'activité occupationnelle trouvée par le chômage. – Sur le plan psychique : trouble douloureux somatoforme persistant (F45.5, F45.38) et état dépressif réactionnel (expertise psychiatrique du 18 août 2000). L'importance des douleurs et la dépression qui s'y rattachait diminuaient la capacité de travail d'au moins 50%. Selon le questionnaire complémentaire du 4 septembre 2000, les critères suivants étaient réalisés : des troubles de la personnalité, des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, une perte d'intégration sociale, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art et un cadre psychosocial perturbé. Par contre, les autres critères prévus par l'arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000 (VSI

A/2170/2010 - 21/28 - 2000 p. 152) n'étaient pas remplis. L'intensité du trouble somatoforme douloureux était qualifiée de sévère et la reprise d'une activité lucrative à temps partielle raisonnablement exigible. b) En 2007, les diagnostics ressortant des diverses pièces médicales étaient les suivants : – Sur le plan somatique : fibromyalgie (rapport du Dr C _____ du 21 novembre 2003) ; fissure chronique avec marisque distale rétentionnelle et spasme du sphincter interne (rapport opératoire du 19 janvier 2005), persistance d'une fissure avec une poche sous-fissuraire et d'un trajet fistuleux borgne et spasme du sphincter interne (rapport opératoire du 20 mai 2005), poche sous-fissuraire (rapport opératoire du 3 mai 2006); état après sphinctérotomie interne et excision d'une poche sous-fissuraire (rapport opératoire du 20 septembre 2006) ; signes évocateurs d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec épisode de tendinite du sus-épineux (rapport d'arthro IRM du 29 août 2005) ; petite hernie discale intraforaminale au niveau L4-L5 à droite, refoulant et comprimant vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 (rapport d'IRM lombaire du 22 septembre 2006). – Sur le plan psychique : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique et syndrome douloureux somatoforme persistant (rapports des 20 mai 2005 et 9 juin 2005, Clinique de Montana) ; état dépressif sévère (rapport du Dr D _____ du 4 novembre 2005) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (rapport des HUG du 29 juin 2006). De son côté, la Dresse F _____ a retenu, dans son rapport du 24 février 2004, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), sans répercussion sur la capacité de travail, et dans son rapport du 27 février 2007, des épisodes récurrents de répression réactionnelle, actuellement en rémission partielle (F33.4) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Dans son arrêt du 4 décembre 2007, le Tribunal de céans avait considéré que ces rapports disposaient d'une valeur probante affaiblie. c) Enfin, en 2009, les diagnostics posés dans l'expertise du 24 avril 2009 étaient les suivants : – Sur le plan somatique : possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et tendinopathie calcifiante de l'épaule droite, troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathies avec une hernie discale en L4-L5, douleurs anales depuis 2005 ; – Sur le plan psychique : syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F 45.4).

A/2170/2010 - 22/28 - Il s'agit donc de déterminer si cette expertise est suffisamment crédible pour que ses conclusions puissent être suivies sans que le Tribunal de céans n'ait de doutes sur la solution adoptée. S'il répond certes à plusieurs réquisits jurisprudentiels, le rapport du 24 avril 2009 est toutefois contradictoire voire incomplet. En effet : – Les experts résumant, en page 12, les déclarations du recourant relatives à la tendinite de l'épaule constatée en 2006. Selon ses déclarations, il a bénéficié d'une infiltration à l'épaule gauche et a participé à plusieurs séances de mésothérapie puis de physiothérapie. Quelques pages plus loin, en page 19, ces mêmes experts retiennent que le recourant a bénéficié d'une infiltration au niveau de l'épaule gauche. En guise de conclusion, ils ont considéré qu'« il n'y a pas d'investigation ou traitement important faisant penser que la problématique de cette épaule serait invalidante », ce qui est en contradiction avec les déclarations du recourant. – Selon les indications de ce dernier, il a subi une cinquième intervention en lien avec ses problèmes anaux et se prépare à la sixième (page 12 de l'expertise). Or, seuls quatre rapports opératoires liés à la poche fissuraire figurent au dossier, qui est par conséquent lacunaire et qui n'a de manière surprenante pas été complété par les experts. Le Tribunal de céans s'étonne également que le gastro-entérologue ne retienne aucune lésion spécifique alors qu'une sixième intervention, portant sur un névrome, semblait être prévue aux dires du recourant et que sachant cela, il n'a pas interrogé le médecin traitant sur les raisons de cette intervention. – En page 13, les experts indiquent que, selon les indications du recourant, celui-ci prendrait les médicaments suivants : Zyprexa, Lithiofor, Brufen, Tramal, Dafalgan, Nexium, Lalugen Plus pommade, Siurdalud, Condrosulf, Metamucil et Efexor. Selon le monitoring médicamenteux, le recourant est compliant. Le taux de lithium est toutefois légèrement en-dessous de la norme au contraire de l'Efexor, qui est légèrement en-dessus. En d'autres termes, le recourant prend des doses de Lithiofor (principe actif : lithium) légèrement au-dessous de la norme et de l'Efexor (principe actif : venlafexine ; métabolite : déméthylvenlafaxine) légèrement au-dessus. Or, le Lithiofor est utilisé pour le traitement des phases aiguës et en prophylaxie à long terme de la maladie maniaco-dépressive ou en co-médication aux antidépresseurs en cas de dépression grave réfractaire aux traitements habituels. Quant à l'Efexor, il est employé pour le traitement de toutes les formes de dépression. (voir compendium suisse des médicaments).

A/2170/2010 - 23/28 - Compte tenu des traces d'antidépresseurs, trouvées dans le sang du recourant, qui est compliant, le Tribunal de céans peine à comprendre comment l'expert psychiatre n'a pu retenir qu'un état dysthymique réactionnel à la situation physique, qu'il n'a, au demeurant, même pas mentionné en tant que diagnostic. Il n'a pas non plus jugé nécessaire de discuter de l'assuré avec son psychiatre traitant, le Dr D_____, et ne peut dès lors être en mesure de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du patient depuis 2006. – En outre, en page 17 du rapport, les experts indiquent que tous les points algiques à la palpation, typiques d'une fibromyalgie, ont été déclarés douloureux. Pourtant, sans explications, les experts retiennent un trouble somatoforme douloureux persistant, qu'ils qualifient de non invalidant, les critères de Mosimann n'étant pas réalisés avec une intensité suffisante, et non une fibromyalgie. Or, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux ne sont pas des troubles identiques. En effet, le diagnostic de fibromyalgie est posé si 11 des 18 points de Smythe sont mentionnés comme douloureux (BURGAT, la fibromyalgie, p. 73 n : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002) alors que le trouble somatoforme douloureux est un diagnostic posé par exclusion lorsque la malade ressent des douleurs diffuses qui ne se limitent pas aux points de Smythe (voir ATAS/563/2009 du 7 mai 2009, consid. 9). Par ailleurs, se prononçant sur le caractère

invalidant du trouble somatoforme douloureux, les experts ont procédé à une appréciation juridique de l'incapacité de travail du recourant. Or, selon la doctrine (François PAYCHERE, *Le juge et l'expert, L'expertise médicale*, 2002, Genève, p. 147), l'expert doit s'interdire de répondre à toute question juridique. Cette appréciation n'est en outre pas conforme à la jurisprudence applicable au cas du recourant. En effet, les critères établis par la jurisprudence du Tribunal fédéral et publiés à l'ATF 130 V 352, soit en 2004 et donc après la décision initiale du 21 avril 2001, pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne sont pas à prendre en considération in casu dès lors qu'un changement de jurisprudence ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer des rentes allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force formelle (ATF 135 V 215 consid. 6 p. 225 ss.; 135 V 201). – Les experts se sont contentés d'un rapport d'IRM lombaire datant du 22 septembre 2006, mettant en évidence une petite hernie discale au niveau L4-L5 à droite, refoulant et comprimant vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 dans le même foramen intervertébral. Alors même que le recourant a mentionné des douleurs lombo-fessières des deux côtés, les experts n'ont pas jugé nécessaire d'effectuer d'investigations complémentaires mais ont

A/2170/2010 - 24/28 - simplement retenu que les troubles dégénératifs du rachis, et notamment la discopathie en L4-L5, ne jouaient aucun rôle prépondérant dans cette situation. Or, les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4, in *Bulletin des médecins suisses* 88/2007 p. 736 et ss). – Le recourant a informé les experts qu'il prenait notamment du Brufen, 600mg (une à quatre fois par jour), du Tramal (10 à 20 gouttes selon l'intensité des douleurs) qu'il évite toutefois en raison de la constipation que cela entraîne, du Dafalgan 1g (une à quatre fois par jour, selon les douleurs). Toutefois, les experts n'ont pas procédé à un monitoring médicamenteux pour déterminer le taux d'antidouleurs dans le sang du recourant. – Enfin, selon la mission d'expertise de l'OAI, les experts devaient se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2003. Cependant, il ne ressort nullement de leur rapport que tel a été leur procédé. En effet, à part une brève phrase d'introduction, ils ne se prononcent nullement sur l'évolution de l'état de santé du recourant. Pour toutes ces raisons, le Tribunal de céans considère que le rapport du 24 avril 2009 ne revêt pas une valeur probante suffisante pour que ses conclusions puissent être suivies. d) Force est ainsi de constater, au vu des pièces du dossier, que l'intimé ne disposait d'aucun élément permettant de considérer que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis avril 2001 de sorte qu'il n'y a pas de motif de révision de ce fait.

E. 10

Il sied encore d'examiner si le rapport des EPI, établi à l'issue du stage d'observation professionnelle, pourrait suppléer cette absence de rapport médical probant. a) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : *RCC* 1990 p. 59 ss; Karl Abegg,

Coup d'oeil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément

A/2170/2010 - 25/28 - d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03). Dans un arrêt I 737/2005 du 22 août 2005, le Tribunal fédéral des assurances a été amené à traiter du cas d'un assuré, concernant lequel l'office disposait de plusieurs rapports médicaux, incomplets ou insuffisamment probants pour juger de sa capacité de travail. A cela s'ajoutait un rapport d'observation professionnelle, dont il ressortait que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans des activités légères, limitant l'usage de son épaule gauche. L'évaluation de la capacité de travail de l'assuré était toutefois théorique en raison du manque d'engagement et du faible rendement dans les activités effectuées dû à un manque de motivation ainsi qu'à des refus et non à des atteintes à la santé. Dans ce cas, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'en présence de rapports médicaux qui n'étaient pas complets ou probants pour juger de la capacité de travail, le rapport des organes d'observation professionnelle ne fournissait pas les éléments complémentaires nécessaires pour juger cette même capacité de travail. En effet, les organes d'observations professionnelle avaient pour fonction de compléter les données médicales et non de se substituer à elles. Par ailleurs, en l'absence d'avis médical sur les troubles dont se plaignait l'assuré, les maîtres de réadaptation n'avaient procédé qu'à une évaluation théorique de la capacité de travail de l'assuré. b) La présente cause présente des ressemblances avec celle ayant fait l'objet de l'arrêt du 22 août 2005 précité. En effet, comme dans la cause précitée, l'OAI disposait d'une expertise médicale, celle du CEMED du 24 avril 2009, que le Tribunal de céans a estimée incomplète et non probante pour juger de la capacité de travail du recourant. En outre, au dossier de l'OAI figurait également le rapport des EPI, à teneur duquel « les capacités [du recourant étaient] théoriquement compatibles avec une activité pratique à plein temps, en position assise ou debout, de préférence sans contact avec la clientèle ». Les maîtres de réadaptation avaient également relevé le peu de dynamisme chez l'assuré, qui était convaincu de ne pas pouvoir reprendre d'activités et que son état de santé ne lui permettrait aucun engagement ce d'autant plus avec cette longue interruption professionnelle d'une quinzaine d'années. Ainsi, conformément aux principes dégagés à l'arrêt I 737/2005, le rapport des EPI du 23 février 2010 ne peut fournir les éléments complémentaires nécessaires pour juger de la capacité de travail du recourant et déterminer si celle-ci s'est améliorée. En effet, le rapport des EPI ne complète aucune constatation médicale probante et les maîtres de réadaptation n'ont fait que procéder à une appréciation théorique de la capacité de travail du recourant. C'est le lieu de rappeler la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

A/2170/2010 - 26/28 - (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA I 210/02 du

Reste à examiner si l'intimé pouvait réviser sa décision en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. Selon cette disposition, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). Or, dans le cas d'espèce, la décision initiale a été confirmée par le Tribunal de céans de sorte que l'intimé ne pouvait que solliciter la révision du jugement du 4 décembre 2007, ce qu'il n'a pas fait. Ainsi, la révision au sens de l'art. 53 al.1 LPGA n'était pas ouverte.

E. 12

Au vu de ce qui précède, la décision du 20 mai 2010 doit être annulée et l'octroi d'une demi-rente d'invalidité confirmé.

A/2170/2010 - 27/28 -

E. 13

La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/2170/2010 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES: Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.