

## **GE\_GERICHTE ATAS/568/2014 vom 30. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_568\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_568_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/568/2014 du 30 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/568/2014 del 30 aprile 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 48**

Par réplique du 22 octobre 2013, le recourant a relevé que la rente était versée de longue date et qu'il n'y avait aucune modification de la situation médicale. Il a persisté dans ses conclusions tendant notamment à l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_.

#### **E. 49**

Par ordonnance du 12 novembre 2013, la chambre de céans a ordonné l'apport des procédures A/1\_\_\_\_\_ et A/2\_\_\_\_\_. Elle a également accordé un délai aux parties pour consulter les actes de ces procédures à son greffe.

#### **E. 50**

Sur ce, elle a gardé la cause à juger.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Toutefois, les 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 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le

A/2898/2013 - 14/24 - 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 9 août 2013, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2003, puis en fonction des modifications de la LAI

(4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions ainsi que révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 89B LPA). 5. Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit à la rente du recourant. 6. A titre préalable, il convient de constater que l'intimé n'a pas transmis au recourant le rapport d'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, malgré la demande de son mandataire du 30 avril 2013. Un tel comportement viole clairement le droit d'être entendu du recourant (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]). En effet, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au

A/2898/2013 - 15/24 - demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). En l'espèce, l'intimé a produit ledit rapport d'expertise avec son chargé de pièces, de sorte que le recourant a pu avoir connaissance du rapport du Dr U\_\_\_\_\_ dans le cadre de la présente procédure judiciaire. En outre, il a eu la possibilité de s'exprimer à son sujet dans sa duplique, ce qu'il a toutefois renoncé à faire. Dans la mesure où la chambre de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen, la violation du droit d'être entendu doit, par conséquent, être considérée comme réparée. 7. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 et 5; ATF 127 V 10 consid. 4b). Toutefois, selon le Tribunal fédéral, la jurisprudence sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352) ne constitue pas un motif suffisant pour

révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes d'invalidité en cours cf. ATF 135 V 215 consid. 6; (cf. également arrêt I 138/07 du 25 juin 2007 in SVR 2008 IV n. 5 p. 12 consid. 4). L'art. 7 al. 2 LPGA, qui ne modifie pas la notion d'incapacité de gain, n'est pas non plus un titre juridique suffisant pour ce faire (ATF 135 V 215 consid. 7). 8. Par arrêt du 26 novembre 2009, le TCAS a jugé qu'il n'y avait pas matière à reconsidérer la décision d'octroi de rente du 17 mars 1999, la situation de fait et de droit au moment de la décision initiale n'apparaissant pas manifestement erronée. Dès lors, il convient d'examiner si les conditions d'une révision au sens des art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA sont remplies. 9. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. 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 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

A/2898/2013 - 16/24 - que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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 dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 10. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment 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. 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. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical 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 le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres

conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; ATF 134

A/2898/2013 - 17/24 - III 669 consid. 2.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 12. En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire s'est aggravé depuis l'octroi de la rente en 1999 au vu des céphalées devenues plus violentes et difficiles à calmer. Pour sa part, l'intimé justifie la suppression de la rente par la disparition de toute incapacité de travail dans une activité adaptée, six mois après l'intervention du 17 novembre 1997.

A/2898/2013 - 18/24 - La suppression de la rente par décisions du 11 juin 2009, puis du 9 août 2013 est consécutive à une révision initiée le 3 mars 2005. Par conséquent, elle repose sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail à partir du 17 mars 1999, date de la décision initiale, jusqu'au 9 août 2013. a) A l'époque de la décision initiale, selon le rapport d'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2012, l'IRM lombaire du 20 janvier 1997

mettait en évidence une petite protrusion L5-S1 paramédiane, tout comme le CT scan du 14 janvier 1998. Lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 1997 par décision du 17 mars 1999, l'intimé a fait siennes les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ du 11 mai 1998, selon lequel, l'incapacité de travail était entière dans l'activité exercée jusqu'ici et la reprise d'une activité professionnelle guère envisageable chez ce patient qui souffrait d'une alodynie extrêmement importante de l'ensemble du membre inférieur gauche. Le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé dans son rapport du 13 septembre 1999 qu'une discectomie L5-S1 avait été pratiquée en raison de l'échec d'un traitement conservateur d'une lombosciatalgie irritative d'une petite hernie discale. L'intervention chirurgicale n'avait guère amélioré l'état douloureux majeur chez un patient connu pour des migraines qui s'étaient notablement accentuées. Il a mentionné un contexte de syndrome douloureux difficilement contrôlable. b) Dans les nombreux rapports médicaux et d'expertise établis entre la procédure de révision initiée le 3 mars 2005 et la décision dont est recours, les médecins posent à peu près tous les mêmes diagnostics, mais leurs avis diffèrent quant à l'incidence de ces diagnostics sur la capacité de travail. Ils divergent notamment sur le type des migraines chroniques et sur l'importance du trouble dépressif ainsi que sur leurs effets sur la capacité de travail. En revanche, ils sont unanimes à admettre que les lombosciatalgies gauches post-discectomie L5-S1 ont une répercussion sur la capacité de travail dans la profession exercée depuis le 4 décembre 1996 et dans toute activité professionnelle depuis la même date jusqu'au 17 mai 1998, soit six mois après la discectomie L5-S1 effectuée le 17 novembre 1997. En revanche, les avis divergent quant à l'existence d'une capacité de travail raisonnablement exigible à partir du 18 mai 1998 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. S'agissant des migraines, dans un rapport du 14 avril 2005, le Dr D\_\_\_\_\_ retient l'existence de migraines communes et de céphalées tensionnelles, sans répercussion sur la capacité. Dans un rapport du 7 juillet 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ diagnostique des migraines chroniques présentes depuis 1990, avec répercussion sur la capacité de travail. Quant à la Dresse H\_\_\_\_\_, dans un rapport du 30 juin 2008, elle fait état, d'une part, de céphalées existant depuis 1975 devenues régulières depuis 1990, chroniques depuis 2004-2005 et avec un fond douloureux quotidien depuis le début 2008, d'autre part, de migraines chroniques. Les céphalées sont très invalidantes et dans ce contexte une reprise d'activité professionnelle n'est actuellement pas exigible. Dans un rapport du 30 novembre 2009, elle précise que les céphalées

A/2898/2013 - 19/24 - actuelles s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique réfractaire à toute thérapeutique dépassant largement le cadre neurologique. Dans le rapport d'expertise du 26 août 2011, le Dr P\_\_\_\_\_ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, des migraines sans aura présentes depuis 1975 qualifiées d'importantes depuis 1990 environ. Les céphalées sont apparues vers 1975 sous forme intermittente se manifestant mensuellement jusqu'en 1993, puis hebdomadairement et plus sévèrement de 1993 à 2003, enfin quasi-quotidiennement depuis 2008 avec des douleurs sévères rendant impossible tout travail structuré. Les céphalées actuelles sont d'origine migraineuse chronique avec une probable composante médicamenteuse. Dans le rapport d'expertise du 3 juillet 2012, le Dr T\_\_\_\_\_ diagnostique, sans répercussion sur la capacité de travail, des céphalées chroniques d'origines multifactorielles dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus probablement présent depuis 1995, associées à une composante migraineuse probablement présente depuis l'enfance. Il explique que, compte tenu de la très longue évolution, de la normalité du status neurologique et de l'exploration neuroradiologique effectuée en septembre 2008, il s'agit d'une céphalée idiopathique primaire. Pour établir un

diagnostic précis de céphalée idiopathique correspondant à la classification internationale, il convient également de tenir compte de la présence d'un syndrome douloureux chronique dépassant très largement la région céphalique. Dans ladite classification internationale des céphalées, il est fait mention de céphalées associées à des troubles psychiatriques, notamment à des troubles somatoformes. Lorsque la céphalée primaire existe avant le trouble psychiatrique, celui-ci peut être attribué à la céphalée primaire ou alors les deux diagnostics de céphalée primaire préexistante et de céphalée sont attribués aux troubles psychiatriques. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, une composante migraineuse lui paraît probable, mais l'intensité du syndrome douloureux céphalique et ses répercussions sévères, sans réponse satisfaisante aux traitements de fond, lui semblent des éléments atypiques évocateurs d'une céphalée qui dépasse la sphère neurologique, que cela soit une migraine ou une céphalée de tension. Ces deux pathologies sont parfois invalidantes, mais elles ne peuvent en aucun cas expliquer la situation telle qu'elle est décrite par le recourant. S'agissant des troubles psychiques, dans un rapport du 7 juillet 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ mentionne un état dépressif secondaire présent depuis 1997, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans le rapport SMR bi-disciplinaire du 5 septembre 2007, la Dresse F \_\_\_\_\_ considère que le recourant ne présente pas de signe de dépression. Même s'il est triste face à sa problématique douloureuse chronique et à son inactivité professionnelle, il ne s'agit pas d'une dépression « stricto sensu » car cette tristesse n'est accompagnée d'aucun signe de dépression au sens des classifications internationales. Cette souffrance psychique ne correspond pas à une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant. Dans un rapport du 18 juin 2010, le Dr J \_\_\_\_\_ diagnostique, sans effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation réaction mixte présent depuis novembre 2008. Dans un rapport du 27 avril 2011, les Drs M \_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_

A/2898/2013 - 20/24 - diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Dans le rapport d'expertise du 26 août 2011, le Dr P \_\_\_\_\_ considère que l'état dépressif moyen entraîne au moment de l'expertise des troubles attentionnels nécessitant un travail dans un environnement calme, sans distraction, avec de nombreuses pauses. Dans un rapport du 9 juillet 2012, le Dr J \_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation de la symptomatologie dépressive qui, depuis environ juillet 2011, remplit les critères d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère au vu des symptômes constatés avec état psychique cristallisé et perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. La capacité de travail est nulle. Dans un rapport d'expertise du 27 avril 2013, le Dr U \_\_\_\_\_ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle évoluant suite à un trouble somatoforme douloureux. La symptomatologie actuelle est compatible avec un épisode dépressif léger. La rémission partielle est documentée par l'évolution des limitations fonctionnelles (fatigue, ralentissement psychomoteur cliniquement significatif, tristesse, troubles de la concentration, absence de libido en juillet 2012) qui ne sont plus objectivables au moment de l'expertise (absence de troubles de la concentration objectivables, absence de ralentissement psychomoteur) et par l'évolution des scores de l'échelle de dépression Hamilton selon l'anamnèse. c) En définitive, il ressort de ces rapports médicaux qu'il existe un consensus sur le fait que tant le rythme d'apparition des céphalées que leur violence se sont aggravés depuis l'octroi de la rente en 1999 pour passer d'une fréquence hebdomadaire de 1993 à 2003, à quasi-quotidienne depuis 2008 avec un fond de douleurs sévères. Par ailleurs, les Drs X \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ retiennent que ces céphalées dépassent la sphère neurologique. Quant aux troubles psychiques, il existe un trouble de l'adaptation avec

réaction mixte depuis novembre 2008, sans effet sur la capacité de travail, auquel a succédé un état dépressif récurrent depuis juillet 2011 environ, avec incidence sur la capacité de travail. Les divers médecins divergent partiellement sur l'importance dudit état dépressif. Les Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ le considèrent comme sévère en avril 2011, le Dr J\_\_\_\_\_ comme moyen à sévère de juillet 2011 à juillet 2012 en tout cas, le Dr P\_\_\_\_\_ comme moyen en août 2011 et le Dr U\_\_\_\_\_ comme moyen également avec un épisode dépressif léger lors de son examen en avril 2013. En outre, dans son rapport du 7 juillet 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ est d'avis que la situation médicale concernant les lombosciatalgies est actuellement identique à celle qui avait conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en 1997 avec des lombosciatalgies chroniques secondaires à des douleurs neurogènes persistantes. Ces lombosciatalgies entraînent une incapacité à suivre une activité régulière, notamment professionnelle. De plus, les douleurs chroniques ont engendré un état dépressif réactionnel et le recourant souffre de migraines. L'ensemble des atteintes à la santé engendre un handicap algo-fonctionnel quotidien qui perturbe fortement le rythme de vie du recourant.

A/2898/2013 - 21/24 - d) Les rapports médicaux précités divergent également quant à l'incidence des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail. La décision d'octroi de rente du 17 mars 1999 a tenu compte de l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avant et après l'opération en retenant qu'elle était nulle dans toute activité professionnelle dès le 1er décembre 1996 en se basant sur le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 11 mai 1998. Selon le rapport SMR du 5 septembre 2007 des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, qui aurait théoriquement pu être exigée au plus tard six mois après la discectomie L5-S1, soit dès le 17 mai 1998. e) Dès lors, même sans trancher les divergences quant au caractère incapacitant des troubles psychiques subséquents invoqués par le recourant et sans examiner si l'aggravation des céphalées est invalidante ou non, on ne voit pas en quoi son état de santé ou sa capacité résiduelle de gain se seraient améliorés de façon notable depuis la décision initiale de rente. En effet, si l'on compare les diagnostics posés et la capacité résiduelle de travail retenue par le Dr B\_\_\_\_\_ en 1998 et 1999 (lombosciatalgies chroniques irritatives gauches, status après discectomie L5-S1 gauche, migraines et syndrome douloureux majeur difficilement contrôlable avec incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle) avec les mêmes éléments décrits par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ neuf ans plus tard (lombosciatalgies gauches séquellaires sur status après cure de hernie discale L5-S1 avec répercussion sur la capacité de travail, symptomatologie algique polymorphe sans substrat organique sous-jacent et migraines anamnestiques sans répercussion sur la capacité de travail), par le Dr J\_\_\_\_\_ 13 ans après la première évaluation (épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère depuis juillet 2011 avec capacité de travail nulle) et par le Dr U\_\_\_\_\_ 15 ans plus tard (épisode dépressif récurrent moyen actuellement en rémission partielle et trouble somatoforme douloureux persistant laissant subsister une pleine capacité de travail sans baisse de rendement), on constate qu'il s'agit clairement d'une appréciation différente de la même situation. Aussi, depuis l'octroi de la rente d'invalidité, l'état de santé du recourant est toujours caractérisé par un syndrome douloureux dans le contexte d'une discopathie L5-S1 après discectomie L5-S1. Même si le diagnostic à l'époque était celui de syndrome douloureux majeur, il s'agit de la même entité nosologique que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Dr U\_\_\_\_\_, étant précisé que le Dr T\_\_\_\_\_ considère que le syndrome douloureux diffus est probablement présent depuis 1995. Par

conséquent, non seulement les douleurs n'ont pas diminué entre le moment de l'octroi de la rente initiale et celui de la décision dont est recours, mais elles se sont au contraire accrues avec l'augmentation de la fréquence et de l'acuité des migraines. De plus, sont également apparus, depuis 2009, une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec un contact foraminal de la protrusion discale L4-L5 gauche sur la racine L5 gauche (rapport du Prof. K\_\_\_\_\_ du 18 août 2009), qui est quasiment à

A/2898/2013 - 22/24 - la limite de la norme et, depuis 2011, un trouble dépressif récurrent moyen d'intensité variable avec incidence sur la capacité de travail pendant de nombreux mois. Dès lors, l'état de santé du recourant s'est indéniablement aggravé depuis l'octroi de la rente en 1997 jusqu'à la décision du 9 août 2013 avec l'apparition de nouveaux troubles et une augmentation des douleurs. Aussi, les conclusions des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ sur lesquelles se fonde la décision de révision constituent une nouvelle appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant sur la base d'un état de fait inchangé, ce qui ne constitue pas un motif de révision. Au demeurant, les médecins du SMR ne s'en cachent pas, puisque leur rapport bi-disciplinaire débute par la précision que l'examen médical est motivé par un bilan d'évolution et l'appréciation de l'exigibilité professionnelle dans une activité adaptée selon la jurisprudence dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, alors que ce diagnostic n'avait encore été posé par aucun des médecins consultés. En définitive, il n'existe aucun motif de révision tant au regard de l'art. 17 al. 1 LPGA que de l'art. 53 al. 1 LPGA puisque, dans cette dernière éventualité, aucune erreur originelle en rapport avec les faits sur lesquels se fonde la décision du 17 mars 1999 n'est présente. Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à la reprise du versement de sa rente entière d'invalidité dès le 1er août 2009. 13. Le recourant demande l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. 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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, l'audition de ces deux médecins s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire. 14. Le recourant demande l'octroi d'intérêts moratoires de 5 % dès le 1er août 2009. a) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 - OPGA; RS 830.11), le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % l'an. L'intérêt moratoire est calculé par mois

A/2898/2013 - 23/24 - sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art.

7 al. 2 OPGA). b) Il n'y a pas de motifs valables pour limiter l'octroi d'intérêts moratoires dans le cas d'une reconnaissance initiale du droit à la rente et de l'exclure dans le cadre d'une procédure de révision. La fonction compensatrice (et préventive) des intérêts moratoires trouve en fait pleine justification aussi dans la seconde situation (ATF 137 V 273 consid. 4 et 5). c) En l'espèce, le recourant a fait valoir son droit aux prestations de l'assurance-invalidité en date du 16 février 1998 et son droit à la rente est né le 1er décembre 1997. Il s'est de plus entièrement conformé à l'obligation de collaborer. Par ailleurs, il a droit au paiement rétroactif de la rente d'invalidité supprimée à tort dès le 1er août 2009, de sorte que le délai de 24 mois échoit le 31 juillet 2011. Même si l'intimé a supprimé à tort sa rente entière d'invalidité dès le 1er août 2009, le droit à des intérêts moratoires ne court pas dès le moment où la rente a été supprimée, mais à l'échéance d'un délai de 24 mois dès cette date, conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA. Il s'ensuit que l'intimé doit être condamné au versement des intérêts moratoires à compter du 1er août 2011 et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 9 août 2013 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

A/2898/2013 - 24/24 - 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.