

GE_GERICHTE A/1617/2011 vom 30. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1617_2011

FR: GE_GERICHTE A/1617/2011 du 30 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/1617/2011 del 30 marzo 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître FIVIAN DEBONNEVILLE Sandra recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur M _____, né en 1960 (ci-après l'assuré ou le recourant), marié et père de trois enfants, nés en 1987, 1989 et 1994, est titulaire d'un CFC de mécanicien sur automobiles. Il a été employé dans un garage de mai 1980 à janvier 1993, avec des périodes d'incapacité de travail suite à un accident survenu le 19 septembre 1990. Lors de cet accident, l'assuré a souffert d'une entorse du genou droit ayant entraîné une lésion du ligament croisé antérieur et des deux ménisques. L'assuré a déposé le 3 mars 1993 une demande de prestations d'invalidité en raison d'un « status après plastie ligamentaire du genou droit » datant du 19 septembre 1990. Il a subi trois interventions chirurgicales, la dernière en novembre 1993. Le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé que la liquidation du cas était nécessaire le 6 avril 1994, la mobilité du genou droit étant excellente, l'assuré devant être adressé à l'OAI pour des mesures de réadaptation professionnelle, l'exigibilité professionnelle à 100 % étant acquise dans une profession principalement assise, si possible dans des travaux de mécanique, dans la métallurgie, pour une occupation appropriée dans laquelle l'assuré pourrait travailler toute la journée avec un rendement normal. L'assuré a séjourné 2 jours en janvier 2005 au COMAI pour une expertise. Selon le rapport d'expertise médicale du 21 avril 1995, les diagnostics sont gonalgies droites résiduelles sur status après rupture du ligament croisé antérieur et déchirure du ménisque interne et externe en 1990 ; gonalgies gauches avec déchirures méniscales stade III de la corne antérieure du ménisque externe ; lombalgies sur tendomyose lombaire ; troubles de l'adaptation avec humeur dépressive. En raison de la discordance importante entre les plaintes de l'expertisé et l'examen clinique, une consultation psychiatrique a eu lieu et elle a montré des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, qui pourraient être favorablement traités avec des antidépresseurs, l'assuré ne présentant toutefois pas de pathologie psychiatrique majeure. La capacité de travail en tant que mécanicien sur autos est nulle, de manière définitive, de même que toutes les professions comprenant des travaux de force, des travaux où le patient doit travailler à genoux, se déplacer en terrain irrégulier, effectuer des marches prolongées avec montée et descente des escaliers de manière répétitive ; un traitement antidépresseur bien conduit, d'une durée de trois à six mois, devrait permettre d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. Selon une attestation de l'employeur, l'assuré a perçu un salaire brut de 3'650 fr. par mois en 1992, son salaire en 1995 serait de 3'800 fr. brut et en 1996 de 4'200 fr. brut, pour 40 heures de travail, sans 13ème salaire ni gratification. Il a été en incapacité de travail totale du 30 janvier 1991 au 1er juillet 1991, a fait une tentative de reprise à 50 % d'août 1991 à janvier 1992 et n'a plus repris le travail depuis lors. L'assuré a été mis au

bénéfice de mesures de reclassement professionnel en qualité d'employé de commerce par l'Office cantonal AI (ci-après : OAI). Il suit une préformation dans une école, de mars à fin juin 1996, comportant 20 heures de cours hebdomadaires (dactylographie, orthographe, correspondance et français), puis une mesure d'appui et de reclassement professionnel en qualité d'employé de commerce (informatique et gestion), avec deux ans de cours dans une école et une année de formation chez un employeur. Il est incapable de travailler et de suivre les cours à 50 % dès fin octobre 1996 et il quitte l'école le 13 mars 1997. En raison de l'incapacité de travail à 100 % depuis le 13 mars 1997, les mesures de réadaptation professionnelle sont interrompues et l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique. Selon le rapport d'expertise du 27 octobre 1997 de la Dresse A _____, psychiatre, mandatée par l'OAI, l'assuré souffre d'une personnalité psychotique d'allure paranoïde, présentant des défenses hystériques ; d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive secondaire à l'atteinte physique ; d'une évolution vers une névrose de revendication et un trouble somatoforme douloureux ; de gonalgies chroniques post-luxation du genou droit opéré à plusieurs reprises. En raison de la personnalité psychotique et paranoïde, le traitement de l'assuré est difficile, car il refuse tout traitement psychiatrique. La capacité de travail de l'assuré dans une activité telle que celle prévue par la mesure de reclassement, soit d'employé de commerce, est estimée à 100 %, pour autant que les problèmes psychiatriques soient soignés auparavant. Un traitement médicamenteux antidépresseur permettrait et a déjà permis antérieurement une nette amélioration de la capacité de travail et il devrait être prescrit et pris pendant au moins une année, et en tout cas durant la période de réadaptation. En fin d'expertise, la psychiatre soupçonne l'assuré de travailler "au noir", doute même qu'il vive encore en Suisse et se demande de quoi vit cette famille de 5 personnes et s'étonne que le couple ait eu en 1994 un 3^{ème} enfant, signalant que l'assuré change souvent de médecin pour "brouiller les pistes". Par décision du 23 juin 1998, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 1992 et d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 1992. Par décision du 16 septembre 1998, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 33,33 % dès le 1^{er} mars 1998, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 5 %. Cette décision a été confirmée par la décision sur opposition de la SUVA du 24 février 1999. En substance, la SUVA retient que l'assuré peut travailler dans une activité légère, dans divers secteurs de l'industrie à la condition que les travaux n'impliquent pas de station debout prolongée, d'importants déplacements sur sol inégal ou l'usage d'échelles/escaliers. Une telle activité (travaux à l'établi, petite mécanique, auxiliaire sur machine) est médicalement exigible à plein temps et permettrait de réaliser un salaire de 2'800 fr. Comparé au gain de 4'150 fr réalisable sans l'accident, cela permet de fixer le taux d'invalidité à 33 % Lors d'une révision du droit à la rente entreprise en 1999 par l'OAI, la Dresse B _____, médecin traitant, atteste d'une totale incapacité de travail, en raison d'un état dépressif sévère, ainsi que de gonalgies droite chroniques, lumbagos chroniques et douleurs à la cheville. La Dresse C _____, psychiatre, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. L'état s'est aggravé depuis janvier 1999, il se sent persécuté et est traité par Deroxat, Xanax et des entretiens de soutien psychothérapeutique. Sur cette base, l'OAI a confirmé le 2 juillet 1999 à l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influer le droit à la rente. Lors de la procédure de révision du droit à la rente initiée par l'OAI en 2002, l'assuré confirme le 27 août 2002 qu'il souffre de douleurs au genou droit après plusieurs opérations qui se propagent dans toute la jambe et que la Dresse B _____ traite la dépression avec

divers médicaments. Il est toujours totalement incapable de travailler. Selon les rapports médicaux de septembre 2002 des Dresses C _____, psychiatre, et B _____, généraliste, l'assuré a mal supporté la prise en charge psychiatrique, développant un état persécutoire, les entretiens psychiatriques mobilisant une angoisse difficile à contenir (peur de devenir fou), de sorte que la prise en charge psychiatrique a dû être arrêtée en décembre 2001. L'assuré souffrait alors d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et d'une personnalité dépendante, impliquant un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration et une importante anxiété. Il a bénéficié d'une consultation auprès du Dr D _____, qui indique en octobre 2002 que l'état psychique est légèrement amélioré, la thymie est moins triste et que l'assuré souffre de son genou. Le suivi a ensuite été assuré par la Dresse B _____, avec du Deroxat. Selon celle-ci, l'état est stationnaire et l'assuré est totalement incapable de travailler. Les gonalgies chroniques et les lombalgies sont confirmées. Le Dr E _____, de l'OAI, conclut le 13 décembre 2002 qu'il n'y a pas d'amélioration malgré l'essai de prise en charge par un psychiatre, de sorte qu'il faut maintenir la rente et procéder à une révision dans cinq ans. Cette décision est communiquée à l'assuré le 15 décembre 2002. Lors de la procédure de révision initiée en février 2008 par l'OAI, l'assuré confirme qu'il souffre de douleurs permanentes au genou et à la jambe droite après quatre opérations, des infiltrations et une médication. Il souffre également de dépression et continue également le traitement de Deroxat, impliquant une totale incapacité de travail. Selon le rapport de l'IRM effectuée le 1^{er} novembre 2005 suite à une cure de l'hernie discale L5-S1 gauche le 26 juillet 2005, l'assuré souffre de spondylarthrose thoracique basse étagée modérée, d'une discopathie modérée L4-L5, d'une discopathie importante L5-S1, sans récurrence herniaire du côté gauche. Dans le cadre de la procédure en révision, l'OAI a réuni les rapports et renseignements suivants : a) Le rapport du 4 mars 2008 du Dr F _____, spécialiste en rhumatologie, qui mentionne les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : status après quatre interventions au genou droit entre 1991 et 1994, arthrose (illisible), cure d'hernie discale L5-S1 et état dépressif. Le pronostic est réservé, l'assuré semble très enfermé dans son handicap et l'incapacité de travail date de 1997. L'assuré ne peut exercer des travaux qu'en alternant les positions, sans marcher, se pencher, être accroupi, à genoux, soulever des poids, monter des échelles. b) Le rapport médical du 21 mars 2008 de la Dresse B _____, qui indique que l'état de santé s'est aggravé par l'apparition d'une hernie discale. c) Plusieurs rapports du Dr G _____ de 2005, qui mentionnent une aggravation intolérable de la sciatique hyperalgique, avec un net agrandissement de la lésion impliquant une opération rapide, qui a lieu le 28 juillet 2005. d) Plusieurs rapports d'imagerie médicale de 2005, qui mettent en évidence une hernie discale L5-S1 gauche en contact avec la racine S1, le compte-rendu opératoire du 28 juillet 2005 concernant cette hernie et un rapport d'imagerie médicale du 8 février 2007, qui ne relève pas d'anomalie au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, un minime pincement de l'interligne fémoro-tibial interne au genou droit. L'OAI a soumis l'assuré à une expertise psychiatrique confiée à la Dresse A _____. Son rapport du 28 octobre 2008 est établi sur la base de deux entretiens cliniques avec l'assuré les 7 et 9 octobre 2008, deux entretiens téléphoniques avec la Dresse C _____, précédent psychiatre de l'assuré, ainsi qu'avec le Dr F _____ et le Dr G _____, et une lecture du dossier mis à disposition. S'agissant des plaintes du patient, l'assuré indique être fatigué et ne plus se supporter, et se plaindre des douleurs ostéo-articulaires nombreuses. Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne se sent pas déprimé à proprement parler, il n'est ni irritable, ni nerveux, ne peine pas à s'endormir, mais à se

rendormir s'il se réveille la nuit. Il est fatigué, n'a pas de plaisir à faire les choses, sauf à être en famille. L'appétit est conservé. Il n'y a pas d'idées de culpabilité, ni suicidaires, ni gestes auto-agressifs, ni sentiment d'inutilité. Par contre, les ruminations anxieuses sont fréquentes. S'agissant des constatations objectives, l'experte indique que les facultés intellectuelles sont dans la norme, l'assuré est fortement fixé sur ses symptômes physiques, dont il parle plus volontiers que de ses symptômes psychiques, qu'il met constamment en relation avec ses douleurs. L'anamnèse relève une humeur qui fluctue au gré des douleurs, mais sans baisse de l'humeur manifeste et durable, des pleurs surviennent brièvement lorsque l'assuré évoque le décès récent de son père. On ne trouve pas de signe clinique qui parle pour un trouble dépressif sévère actuellement, ni même d'intensité moyenne. L'experte relève que l'assuré est discordant et envahissant lorsqu'il exagère et insiste trop sur ses symptômes physiques. L'experte indique qu'il n'y a aucun diagnostic psychiatrique actuellement, précisant que la fin du suivi psychiatrique régulier remonte à fin 2001, soit à sept ans. Elle rappelle les diagnostics somatiques (hernie L5-S1 et gonalgies résiduelles). S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, l'experte observe des traits de personnalité hypocondriaque avec une grande fixation sur son corps et ses éventuelles dysfonctions, l'assuré étant un grand sportif qui n'a pas supporté de perdre ses capacités et performances de jeune homme. Les médecins qui le suivent ne le voient pas plus d'une à deux fois par année et l'assuré a trouvé un bon équilibre personnel et familial dans sa situation. L'experte procède ensuite à une analyse personnelle et affirme que l'assuré espère continuer à toucher ses rentes d'accident et d'invalidité qui lui permettent d'entretenir sa famille sans effort. Elle propose de solliciter une expertise rhumatologique, cas échéant une expertise pluridisciplinaire dans un COMAI, avec un dosage sanguin du Deroxat. Elle conclut que sur le plan psychique et mental, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail, les troubles dépressifs paranoïaques et dépressifs présents entre 1996 et 2001 ont disparu. Seuls les traits de personnalité hypocondriaques obsessionnels de l'assuré pourraient limiter ses capacités d'adaptation à un environnement professionnel, mais cela dépend surtout de sa motivation à reprendre une activité et à sa capacité somatique, qui doit être évaluée par un autre médecin. Selon l'avis du SMR du 17 novembre 2008, des Drs H_____ et E_____, il n'existe plus de cause psychiatrique qui limite la capacité de travail de l'assuré depuis 2002-2003 probablement, mais il faut définir les limitations fonctionnelles objectives actuelles et la capacité de travail raisonnablement exigible dans un poste adapté du point de vue des atteintes du genou et du rachis lombaire, raison pour laquelle il faut prévoir un examen rhumatologique, voire orthopédique au SMR. Selon le rapport de l'examen clinique rhumatologique du 26 novembre 2008, du Dr I_____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont une lombo-pseudo-sciatalgie séquellaire (M54.46), un status après cure de hernie discale L5-S1 à gauche, des gonalgies gauches chroniques sur gonarthrose post-traumatique (M17.3) et, sans répercussion sur la capacité de travail, un phénomène d'amplification des plaintes avec substrat organique en vue du maintien d'avantages sociaux. Le rapport est fondé sur une anamnèse détaillée. S'agissant des plaintes du patient, il déclare des gonalgies bilatérales, prédominant à droite (à gauche selon l'anamnèse ostéo-articulaire), à caractère essentiellement mécanique, ainsi que nocturnes, la douleur du genou (droite ou gauche ?) est constante avec une exacerbation lors d'activités en charge, ainsi que des douleurs lombaires basses à prédominance gauche, avec persistance des lombalgies, malgré l'opération de l'hernie discale de juillet 2005, avec des irradiations au niveau des deux fesses et des deux hanches. La symptomatologie lombaire

est décrite comme constante, exacerbée par des activités physiques ou des positions statiques prolongées. L'assuré se plaint d'un sentiment de fatigue généralisée, d'un sommeil difficile. Les douleurs lombaires sont constantes, l'intensité douloureuse est entre 5 et 6, de façon continue, exacerbée par les activités physiques, les douleurs au genou vont de 4 à 5, exacerbées à 7-8 en charge et la prise médicamenteuse est décrite comme globalement inefficace. S'agissant des constatations objectives, le médecin ne relève pas de phénomène de non-organicité selon SMYTHE, qui plaiderait en faveur d'une fibromyalgie. En ce qui concerne les signes selon WADDELL, il met en évidence cinq signes sur cinq en faveur d'un processus à caractère non organique. Au niveau des membres supérieurs et inférieurs, le médecin ne met pas en évidence de phénomène inflammatoire, ni tuméfaction articulaire, ni épanchement. Il relève une amyotrophie au niveau de la cuisse et du mollet droit, la mobilité est conservée mais mentionnée comme étant douloureuse des deux côtés. Les IRM et radio sont décrites. Procédant à l'appréciation du cas, le médecin indique qu'au vu des atteintes ostéo-articulaires présentées par l'assuré, l'activité antérieure de mécanicien autos ne peut plus être exigée. Toute forme d'activité à caractère sédentaire ou semi-sédentaire est possible à 100%, sans véritable diminution de rendement. En présence d'un déconditionnement musculaire avancé entretenu par dix-sept ans d'inactivité professionnelle, il est peu probable que cet assuré adhère à un projet de reprise professionnelle quel qu'il soit, de sorte qu'il faut prévoir une période de reconditionnement physique et de réentraînement à l'effort sur six mois au minimum. Les limitations fonctionnelles sont : pas de port de charges répété de plus de 7,5 kilos et occasionnel de plus de 12,5 kilos ; pas de position statique assise au-delà de quarante minutes ; nécessité de varier les positions assise-debout ; pas de position en porte-à-faux, en ante-flexion du rachis et avec une résistance à répétition ; pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, diminution du périmètre de marche à environ une trentaine de minutes ; pas d'activité sur terrain instable, pas de position accroupie ou en genuflexion. S'agissant de la pathologie du genou, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, au plus tard six mois après la dernière intervention de 1995. S'agissant de la pathologie lombaire, une incapacité de travail totale dans toute activité doit être retenue depuis juillet 2005, et durant six mois après la cure de hernie discale. Le SMR a confirmé, le 16 décembre 2008, qu'un réentraînement à l'effort se justifie à la condition que l'assuré veuille bien être collaborant, ce qui n'est pas acquis puisqu'il revendique le statut d'invalidé. Il s'agit donc de le mettre à l'épreuve et d'évaluer rapidement la situation, après un mois déjà. Alors qu'il est convoqué pour un stage de l'OAI, l'assuré consulte à nouveau le Dr G _____, pour des lombalgies avec blocages épisodiques. Le médecin atteste le 19 février 2009 que l'IRM lombaire pratiquée ne révèle pas de récurrence de hernie discale, mais confirme la discopathie prédominante en L5-S1 qui était le siège de la hernie opérée en 2005 qui peut expliquer des lombalgies chroniques voire un certain syndrome d'instabilité. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 10 août au 6 septembre 2009. Selon le rapport des EPI du 28 septembre 2009, l'assuré a présenté un certificat médical en début de mesure et n'a été présent que sept jours, les maîtres de stage relevant le discours de l'assuré essentiellement centré sur ses problèmes de santé et très peu mobilisé dans les activités proposées. L'assuré est démonstratif, pratique régulièrement des mouvements antalgiques au niveau des jambes, du dos et de la nuque, dit avoir des vertiges, soupire souvent et fait des grimaces pour mettre en évidence sa souffrance. Durant la période, l'assuré a travaillé à 50 % et n'a pu réaliser que deux exercices d'atelier, dont un partiellement seulement. Les capacités

physiques de l'assuré ne semblent pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. Selon le rapport du Dr J _____, médecin-conseil auprès des EPI, le stage d'évaluation a été un échec car l'assuré a été mis en arrêt de travail complet, en raison d'une aggravation de la symptomatologie psychique, avec apparition d'idées suicidaires marquées, de repli, de pleurs répétés. L'assuré a été décompensé par les démarches AI, qui remettent en question l'ensemble de son organisation de vie et de pensée. Cette fragilité, même si elle ne remet pas en question les expertises physiques et psychiques pratiquées, confirme ce qui avait déjà été signalé, à savoir la vraisemblable totale incapacité de l'assuré à reprendre une autonomie professionnelle après une vingtaine d'années de déconditionnement, que les raisons en aient été bonnes ou mauvaises. Selon le rapport médical du 2 mai 2010 de la Dresse B _____, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, depuis 2005 d'une part, et depuis le 28 août 2009. Il souffre d'un symptôme dépressif sévère et est totalement incapable de travailler. Selon le rapport médical du 4 octobre 2010 de la Dresse K _____, psychiatre, elle suit l'assuré depuis septembre 2009 et il souffre d'un trouble anxieux, ainsi que d'un trouble somatoforme depuis 10 ans (inscrits dans l'espace réservé aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail). Elle relève une péjoration de son état anxieux, des gonalgies, de l'insomnie, des angoisses. Elle effectue une thérapie de soutien et médicamenteuse. L'assuré est totalement incapable de travailler depuis 2009. Par projet de décision du 4 février 2011, l'OAI envisage de supprimer la rente d'invalidité et de refuser toute mesure d'ordre professionnel, motif pris que selon les divers rapports médicaux et l'avis du SMR, l'assuré est capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'ESS, TA1, total, niveau 4, soit 59'979 fr., avec un abattement de 15 %, au vu de l'âge et du nombre d'années sans activité, ce qui ramène le salaire annuel à 50'982 fr. Le revenu sans invalidité, soit celui de mécanicien automobile, était en 1996 de 50'400 fr. et, indexé à 2008, de 58'220 fr. La comparaison des revenus établit un degré d'invalidité de 12,4%. Par pli du 11 mars 2011, l'assuré, représenté par un avocat, fait valoir son droit d'être entendu. Il produit les certificats médicaux de sa physiothérapeute et de la Dresse B _____, qui démontrent le nombre de consultations nécessitées par son état de santé et indiquent que ce dernier présente des aspects physiques et psychiques, l'assuré ayant notamment consulté en août 2009 avec des idées suicidaires. Il produit un rapport de la Dresse K _____, psychiatre, qui pose un diagnostic d'état dépressif actuellement stationnaire, celui du Dr F _____, qui a pratiqué diverses injections et fait effectuer des supports plantaires à l'assuré en raison de douleurs au métatarse. L'assuré relève que ce médecin traitant est révolté d'entendre parler d'une activité adaptée, précisant que son patient souffrait de gonalgie et d'épuisement après le commencement du stage aux EPI. L'assuré produit aussi le rapport médical du 8 octobre 2008 du Prof. L _____, médecin chef de service au département de chirurgie de l'Hôpital cantonal, qui indique que l'assuré souffre de gonarthrose droite. Il n'y a pas d'indication chirurgicale chez le patient, une ostéotomie ne paraît pas indiquée et il propose au patient de poursuivre le traitement fonctionnel et médicamenteux chez son généraliste, avec un contrôle orthopédique dans 2 ans. Mme N _____, physiothérapeute, atteste le 26 février 2010 avoir traité l'assuré lors de 9 séances de physiothérapie, les douleurs lombaires évaluées par l'assuré à 7 ayant décru jusqu'à 4. L'assuré cite le rapport du COPAI ainsi que celui du Dr J _____ des EPI et relève la mauvaise foi du SMR qui utilise une erreur du Dr K _____, psychiatre, qui a mentionné que le diagnostic est sans effet sur la capacité de travail, alors que son rapport médical constate clairement que l'incapacité de travail est complète. Au vu des

limitations constatées, il voit mal quelle activité pourrait être qualifiée d'adaptée, ce d'autant plus qu'il a été incapable de poursuivre son stage aux EPI, alors qu'il l'avait entrepris à 50 %. Selon l'avis du SMR du 11 avril 2011, le rapport du Dr L _____ ne décrit aucune anomalie ayant un impact sur la capacité de travail qui n'ait pas été déjà pris en compte, celui de la physiothérapie qui concerne les lombalgies n'indique pas d'aggravation depuis l'examen rhumatologique SMR de 2008. Sur le plan psychique, la Dresse K _____ a indiqué le 16 février 2011 que l'état dépressif est stationnaire et n'a pas été aggravé par la situation psycho-sociale. S'agissant des douleurs plantaires évoquées par le Dr F _____, elles n'ont pas d'effet sur la capacité de travail en position assise ou permettant l'alternance des positions. La capacité de travail de l'assuré reste entière dans une activité adaptée depuis le début de l'année 2006. Par décision du 15 avril 2011, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité et a refusé des mesures d'ordre professionnel. Il ressort des conclusions de l'examen rhumatologique effectué le 20 novembre 2008 et de l'expertise psychiatrique une amélioration importante de l'état de santé psychiatrique et somatique de l'assuré. Par acte du 31 mai 2011, l'assuré, représenté par son avocat, forme recours contre la décision, conclut à son annulation, au maintien d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, subsidiairement à ce qu'une expertise soit ordonnée. Il estime que l'expertise de la Dresse A _____ de 2008 est incomplète et erronée, l'expertise étant partie du postulat que l'assuré devait aller mieux, en l'absence de suivi psychiatrique depuis 2001, alors que c'est l'inverse qui s'est produit, le traitement ayant dû être interrompu car il ne faisait qu'empirer la situation. De plus, aucune expertise rhumatologique n'a été effectuée, alors que l'observation réalisée par le COPAI démontre les nombreuses restrictions auxquelles est soumis à l'assuré, qui est incapable de suivre le rythme et a dû être mis en arrêt complet, malgré une activité à 50%. Le rendement est limité à 23%. Il conteste également les revenus retenus pour calculer le taux d'invalidité, qui aboutit au résultat que l'assuré devrait pouvoir gagner plus dans une activité non qualifiée, simple et répétitive que le gain qu'il pouvait réaliser en tant que mécanicien au bénéfice d'un CFC et d'expérience, soit un revenu annuel de 91'620 fr. S'agissant du salaire exigible, compte tenu d'un rendement limité à 23%, il convient de retenir l'abattement maximal de 25%, de sorte que le salaire d'invalidé est de 44'984 fr., ce qui implique un taux d'invalidité de 50,90%. Outre l'abattement, il y a une perte de rendement de 75%, de sorte que le taux atteint 87,72%. Finalement, il n'existe aucune profession effective tenant compte de toutes les contre-indications médicales exprimées. Par pli du 27 juin 2011, l'OAI conclut au rejet du recours interjeté. S'agissant d'un cas de révision de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en décembre 2002, date du dernier maintien de la rente, avec ceux qui prévalaient lors de la suppression du droit, soit en avril 2011. Selon les renseignements médicaux recueillis à l'époque de l'octroi initial et des révisions successives, c'est l'état psychique qui justifiait l'incapacité de travail retenue. La Dresse A _____ en 1997, le psychiatre traitant en 1999 puis en 2002 justifiaient une incapacité de travail totale sur le plan psychique. Sur le plan somatique, l'assuré jouissait d'une pleine capacité de travail selon l'examen médical du Dr P _____ de 1994 et l'expertise COMAI de 1995, qui retenait des gonalgies droites résiduelles, gonalgies gauches et lombalgies. Dans le cadre de la révision, l'expertise de la Dresse A _____ et l'examen rhumatologique du SMR remplissent tous les réquisits pour leur attribuer une pleine valeur probante. L'expertise a constaté la disparition des troubles dépressifs présents entre 1996 et 2001 et l'examen clinique a révélé l'absence de limitation dans les amplitudes articulaires, une mobilité complète sur le plan lombaire ainsi que l'absence de troubles neurologiques

objectifs. Le recourant n'apporte aucun élément probant susceptible de remettre en cause ces examens et le fait que les médecins traitants apportent une appréciation différente n'est pas suffisant pour remettre en cause les examens précités. Il faut ainsi admettre que l'état de santé du recourant qui a fondé l'octroi de la rente d'invalidité et justifié son maintien en 1999 et 2002 s'est notablement amélioré. L'échec du stage d'observation n'est pas déterminant, car l'appréciation du COPAI a été faussée par le comportement du recourant qui est convaincu que toute activité lui est impossible. Un délai a été fixé à l'assuré pour consulter les pièces produites par l'Office AI et se déterminer. Par pli du 28 juillet 2011, l'assuré persiste dans ses conclusions, y compris subsidiaires en expertise. Lors de l'audience du 20 septembre 2011, l'assuré déclare que suite à l'accident en septembre 1990, il a repris le travail à 50 %, par périodes, jusqu'en 1993. Depuis lors, il n'a plus du tout travaillé et conteste avoir travaillé « au noir » en Italie, comme le prétend la Dresse A_____. Il a interrompu le suivi psychiatrique auprès de la Dresse C_____ en 2001. Ensuite, c'est la Dresse B_____ qui a continué à lui prescrire du Deroxat, car il souffre fréquemment de palpitations et de crises d'angoisse, aggravées lors du stage aux EPI en septembre 2009, raison de la reprise du suivi par la Dresse K_____. Compte tenu du fait que les opérations du genou n'ont pas eu le succès escompté, il a attendu avant de subir l'opération de l'hernie discale en juillet 2005. Les douleurs du rachis lombaire persistent, de même que celles au genou. Interrogé sur sa volonté de tenter un stage et un réentraînement à l'effort progressif, l'assuré ajoute qu'il ne sait pas s'il est capable de travailler, ni à quel taux et à quel rendement, mais qu'il peut essayer. Lors du stage de l'été 2009, il a tenté, avec toute sa bonne foi et son énergie, de suivre les ateliers, mais il a souffert de crises d'angoisse. Il estime que son état de santé psychique est fluctuant. Il précise que lors de l'examen médical du Dr I_____, il n'a pas pu s'exprimer complètement, ne pouvait répondre que par oui et par non, le médecin étant agressif à son égard. Le Dr F_____ est le spécialiste qui le suit pour les problèmes de dos, de genou et plantaires. L'assuré termine en déclarant qu'il ne peut pas marcher, ne peut pas rester assis et difficilement se lever sans avoir mal. Ses angoisses font qu'il a envie de mettre sa main devant ses yeux pour faire de l'obscurité. La représentante de l'OAI estime qu'une nouvelle tentative de stage ne se justifie pas. L'avocate de l'assuré rappelle que son client conclut à une expertise rhumato-psychiatrique car la Dresse A_____ a relevé des douleurs neurogènes. Une telle expertise était envisagée par l'OAI, qui y a renoncé suite au rapport de la Dresse K_____ comportant une erreur. Elle relève la décompensation subie par son client après le stage, avec des idées suicidaires. La Cour interroge les médecins traitants de l'assuré, interpelle l'OAI quant au revenu retenu par pli du 29 septembre 2011 et le garage des Verniolans quant au salaire brut versé en 2008 à un employé au bénéfice d'un CFC et d'une expérience de plus de 25 ans ou, à défaut à l'employé de plus expérimenté. Par pli du 4 octobre 2011, l'OAI expose que, compte tenu du nombre d'année sans activité de l'assuré, il est d'usage d'indexer le salaire réeliser et de ne pas interpeller l'employeur. Dans le cas d'espèce, l'attestation de l'employeur du 27 juillet 1995 indique que le revenu est versé 12 fois et le rapport de réadaptation du 10 août 2009 mentionne un revenu de 4'200 fr. en 1996, soit 50'400 fr./an. Ce revenu, indexé à 2008 selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS: 1811 à 2092, soit une variation de 0.15511629) donne un salaire de 58'220 fr. Par pli du 10 octobre 2011, la Dresse K_____ répond aux questions de la Cour ainsi: elle a suivi l'assuré de 2009 à août 2011, à raison d'une fois par mois ou par mois et demi. Le traitement est du Deroxat et du Xanax et la compliance est bonne. L'assuré souffre d'un trouble anxio-dépressif, sans

amélioration notable depuis 2009. Selon l'assuré lui-même, il est capable de travailler dans un emploi adapté à 40-50%. Selon le psychiatre, l'état psychique du patient lui permet actuellement de travailler à 60-80% et ses épisodes anxieux se sont péjorés lorsqu'il y a une activité à reprendre, notamment en 2009. S'agissant de savoir si les plaintes du patient sont concordantes avec les constatations objectives, le médecin indique qu'il est très expressif de ses douleurs lombaires et au de genou et conclut que du point de vue psychiatrique, le handicap est partiel. Par pli du 14 octobre 2011, le garage répond que l'employé le plus expérimenté en 2008 n'avait pas de CFC, mais une expérience de 10 ans, son salaire étant alors de 52'800 fr. brut. Par pli du 14 novembre 2011, le Dr F _____ retient les diagnostics de gonarthrose bicompartimentale droite et de lombosciatalgies gauches chroniques. La dernière IRM lombaire du 13 octobre 2011, jointe, montre une aggravation de la discopathie L4-L5 par rapport à 2009, avec débord discal entrant en contact avec les racines L5; au niveau L5-S1, contact avec la racine S1 par arthrose postérieure. En raison de ces deux problèmes, le patient est limité conformément aux limitations retenues par le SMR, le médecin précisant que, selon le patient, la position statique est possible seulement 20 minutes et que le périmètre de marche est limité de façon variable à cause de l'arthrose du genou droit et des sciatalgies gauches. La capacité de travail est nulle pour toutes ces raisons, ce d'autant plus que le patient est très dépressif. Par observations du 14 décembre 2011, l'OAI persiste dans ses conclusions et produit l'avis médical du SMR du 24 novembre 2011 selon lequel les réponses des médecins traitants n'apportent pas d'éclairage particulier à l'avis du Dr I _____. Par observations du 15 décembre 2011, l'assuré demande que la Cour interroge à nouveau la Dresse K _____, qui n'a pas répondu à deux des questions posées et indique être suivi par un nouveau thérapeute suite au départ de la dresse K _____ du centre médical de Versoix. Il relève qu'il n'y a pas d'amélioration depuis 2009 selon son psychiatre, alors que la décision de l'OAI est fondée sur une révision et non pas une reconsidération. S'agissant du revenu sans invalidité, il doit être fixé à 91'000 fr., soit 7'000 fr. x 13 selon les pièces produites, soit l'attestation du garage des deux Quais qui indique qu'un mécanicien avec CFC et 30 ans d'expérience gagnerait entre 6'000 fr. et 7'000 fr. par mois avec un 13 ème salaire et la grille des salaires de l'UPSA, qui fixe les salaires minima à l'embauche, puis après 6 mois et après 2 ans d'activité, soit dans ce dernier cas à 4'834 fr. pour un mécanicien et à 4'634 fr. pour un réparateur x 13 en 2011. Il précise qu'il va être opéré d'une hernie inguinale droite en décembre 2011. Sur demande de l'assuré du 11 janvier 2012, la Cour lui impartit un délai au 24 février pour produire l'attestation de son nouveau psychiatre, car l'assuré estime que celle-ci donnera un éclairage nouveau à son cas. Selon l'attestation de la Dresse Q _____ du 22 février 2012, psychiatre de l'assuré depuis décembre 2011, elle effectue un premier bilan, le suivi venant de commencer. Selon ce médecin, l'assuré est suivi par le centre médical depuis plusieurs années. Le diagnostic retenu est un trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique (F33.11), présentant actuellement un épisode moyen, avec une composante anxieuse très importante, le score étant le 19 décembre 2011 de 24 points sur l'échelle de Hamilton et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le médecin relève, sur le plan somatique, de multiples souffrances physiques, qui induisent à un sentiment de perte de confiance dans ses capacités, de dévalorisation sociale, d'insécurité et de déstructuration de sa vie. Sur le plan psychique, la thymie est triste, l'assuré est ralenti, fatigable, anhédonique, avec une anxiété d'anticipation et des ruminations de culpabilité vis-à-vis de son incompetence. Les difficultés d'attention, la peur de l'inconnu et de l'échec font que l'assuré reste dans un fonctionnement introverti. Le discours est structuré, informatif, monocorde et

centré sur les limitations physiques et les difficultés rencontrées. Dans le but d'améliorer l'humeur et la symptomatologie somatique (perte d'appétit, troubles du sommeil, augmentation des plaintes algiques et asthénies), la médication antidépressive a été modifiée par la mise en place de Cymbalta, à la place du Deroxat, en y associant un anxiolytique, Tranxilium et Stilnox en réserve. La tolérance est bonne, il n'y a pas d'effet secondaire pour le moment, le patient est compliant et motivé. La vulnérabilité émotionnelle et l'anxiété débordantes de l'assuré induisent des difficultés dans l'initiation d'activités nouvelles, des limitations dans l'adaptation au stress et des somatisations persistantes. Le médecin se propose d'avoir une attitude empathique soutenante mais en même temps directive et stimulante. À défaut de recul dans le suivi, elle ne peut formuler de pronostic fiable et bien argumenté. La Cour transmet ce document aux parties le 28 février 2012 leur indiquant que la cause sera gardée à juger le 19 mars suivant, de sorte qu'elles peuvent encore se déterminer jusque là. Par pli du 12 mars 2012, l'assuré transmet un certificat médical du Dr R _____, spécialiste en chirurgie, qui prescrit une incapacité de travail du 10 février au 12 mars 2012, l'assuré ayant dû être opéré d'hernies inguinales bilatérales. Il persiste à requérir une expertise rhumato-psychiatrique. Par pli du 13 mars 2012, l'OAI persiste dans ses conclusions, faisant valoir que les avis des Dr K _____ et Q _____ ne remettent pas en cause l'expertise de la Dresse A _____. EN DROIT 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 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5 ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré, entre la décision initiale du 23 juin 1998 et la décision litigieuse du 15 avril 2011, le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du taux d'invalidité étant fixé à la date de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108). Or, lors des procédures de révision de 1999 et 2002, seuls les médecins traitants ont été consultés, sans que l'OAI procède à l'examen matériel du droit à la rente. a) Selon l'art. 17 al. 1 er LPGA, 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) 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, 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, 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 LPGa doit clairement ressortir du dossier ; 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 et les références). a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts F. du 27 mai 2005, I 819/04, consid. 2.2, N. du 26 mai 2003, I 462/02, consid. 2.3; W. du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4c). c) Dans un arrêt 9C_104/2008 du 15 octobre 2008, le Tribunal fédéral estime que l'abattement de 20%, sur

un maximum de 25, fixé par l'office AI, tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles, nombreuses mais laissant subsister une capacité résiduelle de 50% dans un grand nombre d'activités, et de l'âge de l'intéressé, 59 ans au moment de la décision litigieuse, ce qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003 I 617 /02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et du taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, et ne tenant pas compte des circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 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 (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). b) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c) 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 ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). Dans le cas d'espèce, il est établi que la rente d'invalidité a été accordée à l'assuré par décision du 23 juin 1998 en raison des troubles psychiques retenus par l'expert mandaté en 1997. Du point de vue somatique, l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité respectant les limitations fonctionnelles liées au seul genou droit, soit toute activité en position essentiellement assise et ce depuis 1995. C'est sur cette base que la SUVA a déterminé un taux d'invalidité de 33 %, comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en tant que mécanicien (4'150 fr.) et celui qu'il aurait pu réaliser, sans aucune évolution salariale dans une activité adaptée (2'800 fr.). Aucun médecin, et même pas la Dresse B _____, alors médecin traitant de l'assuré, n'a affirmé à cette époque que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait limitée par les douleurs au genou. L'incapacité était justifiée par une dépression, alors traitée par la Dresse C _____. L'expertise psychiatrique de 2008 de la Dresse A _____ a le seul défaut formel de contenir des commentaires personnels déplacés sur l'intention supposée de l'assuré de continuer à toucher des rentes pour entretenir sa famille sans effort. Lors de l'expertise faite en 1997, l'experte avait déjà émaillé son rapport de suppositions quant au travail au noir du patient. Bien que ces préjugés à l'égard des assurés pourraient faire douter de son objectivité, il faut reconnaître que ses expertises sont probantes, car leur contenu est convaincant. Le rapport de 2008 tient compte des plaintes du patient, se fonde sur deux entretiens, mais aussi

l'ensemble du dossier médical, les entretiens téléphoniques avec le dernier psychiatre et le médecin traitant actuel. L'expert retient de façon convaincante, en particulier au vu de l'absence de tout traitement spécifique, mais surtout sur la base des constatations objectives, que les troubles dépressifs et paranoïaques présents de 1996 à 2002 ont disparu, l'assuré présentant un trouble hypocondriaque sans effet sur sa capacité de travail et un état dépressif léger. Il consulte ses médecins au maximum deux fois par an et il a trouvé un équilibre personnel et familial autour de sa situation. Le recourant fait grief à l'expert d'avoir mal apprécié son état psychique, l'absence de suivi spécialisé n'étant pas la démonstration d'une amélioration de son état, mais une nécessité, car ce suivi aggravait son état de santé. Bien que la Dresse A _____ ait admis en 1997 que la dépression de l'assuré, qui niait son état, était difficile à traiter, elle avait alors déjà retenu qu'un traitement médicamenteux durant un an devait améliorer la situation. A noter que la Dresse C _____ avait interrompu le suivi en décembre 2001, l'assuré alléguant alors d'un état "presque" persécutoire pour mettre un terme à ce suivi, de sorte que le maintien de la rente en 2002 a été fondé sur le seul avis de la Dresse B _____, mentionnant un état dépressif moyen, traité par Deroxat, sans vérification de la compliance, ce médecin attestant alors à tort que son patient a changé de psychiatre, alors qu'il n'en a plus consulté du tout (sauf une consultation unique du Dr D _____, en octobre 2002, qui retient que l'état psychique est légèrement amélioré, la thymie étant moins triste) de fin 2001 à septembre 2009. Il est donc admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'interruption du suivi à fin 2001 était le signe d'une amélioration notable de l'état dépressif de l'assuré. Les conclusions de l'expert s'agissant de l'absence de pathologie psychiatrique invalidante ne sont au demeurant pas vraiment remises en cause par l'avis de la Dresse K _____. Celle-ci atteste en effet d'une aggravation de l'état dépressif immédiatement après le stage aux EPI, en septembre 2009, date du début des consultations, mais admet ensuite que son patient est très démonstratif de ses douleurs, et retient une capacité de travail de 60 à 80% sans indiquer au demeurant pourquoi cet état anxio-dépressif, correctement traité, qui se péjore uniquement à chaque évocation d'une reprise d'activité, pour lequel des séances très espacées suffisent, impliquerait une limitation de la capacité de travail de l'assuré, étant rappelé que l'avis peu motivé d'un médecin traitant, naturellement empathique, ne permet pas de remettre en cause les conclusions d'une l'expertise, et ne justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. Il n'est au surplus pas utile d'interroger à nouveau la Dresse K _____, qui a répondu à la question de la capacité de travail (40-50% selon l'assuré mais 60-80% selon elle) et si elle a attesté de la capacité de travail actuelle de son patient, sans se prononcer sur celle de 2001 à 2009, c'est certainement parce qu'elle ne peut pas le faire, en l'absence d'indication sur sa situation psychiatrique à ce moment-là et à défaut de tout suivi spécialisé. S'agissant de la Dresse Q _____, elle confirme le diagnostic d'état dépressif récurrent de gravité moyenne, le suivi bi-hebdomadaire et la compliance de l'assuré au traitement antidépresseur et anxiolytique prescrit, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Elle relève la composante somatique en envisageant un syndrome somatoforme, tout en préconisant une attitude active et stimulante, ce qui laisse entendre de soutien dans la reprise d'une activité. La Cour retient donc qu'il est établi que, du point de vue psychique, l'assuré ne présente aucune pathologie ayant une répercussion sur sa capacité de travail, les diagnostics d'état dépressif léger et hypocondriaque sans effet sur la capacité de travail étant retenus par l'expert, de sorte que l'incapacité de travail de 20% à 40% retenue par l'avant dernier psychiatre traitant en raison d'un état dépressif moyen, qui semble réactionnel au stage aux EPI, n'emporte pas la

conviction de la Cour. Sur le plan somatique, le rapport médical du Dr I _____ du SMR est partiellement probant. Il mentionne les plaintes du patient, fait des constatations objectives, et se fonde sur l'ensemble du dossier médical, y compris les radios et les IRM du genou (2008) et du rachis lombaire (2005). S'agissant du dos, les constatations du médecin du SMR concernant l'absence de récurrence de hernie discale, après l'opération de 2005, sont confirmées par l'examen du Dr G _____, que l'assuré s'empresse de consulter lorsqu'il est convoqué aux EPI, en 2009. Ce spécialiste se borne à attester que les douleurs peuvent être expliquées par la discopathie prédominante en L5-S1, tout en confirmant l'absence de récurrence de hernie. Par ailleurs, la stabilisation de la situation au niveau de la colonne lombaire, cervicale et dorsale ressortait déjà de l'IRM de février 2007. Du point de vue du dos, les conclusions du Dr I _____ sont donc confirmées par les autres pièces médicales du dossier et l'aggravation évoquée par la Dresse B _____ a été limitée à 6 mois en 2005 lors de la cure de hernie discale. S'agissant des genoux, le médecin du SMR semble parfois faire une confusion entre le genou gauche et droit, que ce soit lors de la description des plaintes du patient ou du diagnostic, les gonalgies chroniques sont mentionnées à gauche, alors que l'assuré et les autres médecins évoquent surtout le genou droit. Cela étant, il ressort de l'ensemble des pièces médicales au dossier qu'il n'y a pas d'aggravation au niveau des genoux depuis 1998, l'IRM de février 2007 mentionne un léger pincement au niveau de genou droit et le Dr F _____ ne fait pas état d'une aggravation sur ce plan. Malgré la confusion du rapport, les constatations faites lors de l'examen des deux genoux par le médecin du SMR en 2008 sont similaires à celles faites lors de la décision initiale, tant par le médecin de la SUVA que par le COMAI. De plus, les plaintes du patient restent inchangées, alors que tous les spécialistes s'accordaient déjà en 1998 sur l'absence d'objectivation des douleurs alléguées par l'assuré et que l'amplification des symptômes par le patient en 2008 est aussi relevée. Bien que certaines limitations ne soient pas objectivées lors de l'examen, le médecin du SMR tient assez largement compte des plaintes du patient pour retenir plusieurs limitations fonctionnelles, compte tenu de l'ensemble du dossier médical s'agissant du genou et des suites de la cure de hernie discale. Au demeurant, ni les diagnostics, ni les limitations fonctionnelles ne sont remises en cause par le Dr F _____, qui affirme sans motivation, que son patient est totalement incapable de travailler. Certes, le Dr F _____ indique une aggravation de la discopathie L4-L5, mais celle-ci date d'octobre 2011, selon l'IRM alors pratiquée, soit après la décision litigieuse et n'entre donc pas dans le cadre du présent litige. D'ailleurs, il retenait déjà une totale incapacité de travail en 2008, sans cet élément objectif, de sorte que l'on ne peut pas se fonder sur cet avis peu motivé pour déterminer la capacité de travail. Au demeurant, le Dr J _____ ne conteste pas les conclusions des expertises rhumatologiques et psychiatriques, mais relève que l'assuré, après 20 ans d'inactivité en situation d'invalidité n'a plus la capacité de retourner dans le monde du travail. La Cour retient donc qu'il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé du point de vue somatique. La brève incapacité de travail du 10 février au 10 mars 2012 consécutive à une opération pour des hernies inguinales est non seulement sans effet durable sur la capacité de travail, mais de surcroît largement postérieure à la décision litigieuse. Il y a donc lieu d'admettre que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré entre 1998 et la décision du 15 avril 2011 et que l'état de santé somatique est resté stationnaire, de sorte que les conclusions finales du rapport du Dr I _____ et celles de la Dresse A _____ peuvent être suivies, l'assuré est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée et respectant l'ensemble des limitations décrites. S'agissant de l'échec du stage, il est dû à

l'arrêt de travail très rapidement prescrit, alors que l'assuré était présent à 50% seulement, dans le cadre d'une activité d'observation relativement peu contraignante, respectant les limitations fonctionnelles retenues, l'assuré ayant immédiatement adopté une attitude démonstrative qui n'a pas convaincu les responsables de l'atelier, de sorte que le rendement extrêmement faible constaté dans ces conditions n'est pas un élément probant pour confirmer ou infirmer la capacité de travail médicalement attestée, ni pour fixer le rendement et déterminer quelles sont les activités adaptées. A noter que lors du séjour au COMAI en 1995, une importante discordance entre les plaintes et l'examen clinique avait déjà été relevée. Il est certain que le maintien d'une rente entière d'invalidité de 1992 à 2011, alors que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis fin 2001, voire 1996 déjà, mis à part la période d'incapacité due à l'hernie discale durant 6 mois en 2005, est de nature à déconditionner physiquement l'assuré, à le démotiver, de sorte que l'évocation d'une reprise d'activité peut être angoissante, voire aggraver passagèrement un état dépressif amendé. Toutefois, il s'avère que l'assuré est convaincu et veut convaincre de sa totale incapacité d'exercer toute activité lucrative. Au lieu de saisir l'opportunité évoquée en audience de participer à un nouveau stage d'observation à temps partiel, puis à un réentraînement à l'effort, pour tenir compte de la longue durée d'inactivité et du temps d'adaptation nécessaire au retour sur le marché du travail, l'assuré commence par dire qu'il ne sait pas ce qu'il peut encore faire, laissant entendre qu'il ne peut rien faire. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a mis un terme à la tentative de réadaptation et que la Cour a renoncé à mettre en œuvre un nouveau stage, le caractère démonstratif évoqué par les experts et lors du stage étant aussi constaté en audience. Reste à déterminer quel est le taux d'invalidité de l'assuré. Sans invalidité, l'assuré aurait pu continuer à travailler en qualité de mécanicien, au bénéfice d'un CFC, et aurait ainsi une expérience de 28 ans en 2008. Selon le garage qui l'employait, l'employé le plus ancien, ayant plus de 10 ans d'expérience était alors payé 52'800 fr, mais il n'était ni titulaire d'un CFC, ni en service depuis 28 ans. L'indexation du salaire de l'assuré de 1996 à 2008 détermine un revenu de 58'220 fr. La grille des salaires ressortant de la convention collective de la branche conclue entre l'UPSA et le syndicat UNIA ne donne aucune indication de l'évolution des salaires selon l'expérience, fixant celui-ci à 4'784 fr. x 13 dès 2 ans d'expérience en 2009, soit 62'192 fr. Le salaire selon l'ESS 2008, TA1, ligne 50 (commerce et réparation de véhicules automobiles), niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées : 5'177 fr.), pour 41,6 heures de travail est de 64'609 fr. L'attestation produite par l'assuré qui mentionne un salaire entre 78'000 fr. et 91'000 fr. n'est pas probante, car il s'agit de l'estimation d'un garage isolé du canton, qui n'est basée ni sur un cas concret, ni sur un usage ou une convention liant la branche. La Cour estime au degré de la vraisemblance prépondérante, au vu de la longue expérience acquise et de sa spécialisation, que le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2008 serait de l'ordre de 63'400 fr. soit une moyenne entre le salaire ESS et celui de la CCT. Les limitations fonctionnelles retenues pour l'assuré sont nombreuses, mais restent compatibles avec l'industrie légère et l'activité de bureau (pour laquelle l'assuré a suivi une formation durant deux ans), étant précisé que dans cette situation, le Tribunal fédéral admet le recours aux salaires ressortant de l'ESS, TA 1, total, niveau 4 (activité simples et répétitives), ne nécessitant pas de formation, de 4'806 fr. en 2008, soit pour 41,6 heures d'activité, un revenu de 59'978 fr. tel que retenu par l'OAI. S'agissant de l'abattement, il faut considérer que les limitations fonctionnelles sont nombreuses, mais assez usuelles et ne concernent pas les membres supérieurs, que l'assuré est âgé de 51 ans et qu'il a travaillé durant 13 ans dans un seul et

même domaine d'activité. Bien que ce critère ne soit pas retenu par la jurisprudence, sauf pour des assurés proches de l'âge de la retraite, il s'avère que l'éloignement du monde du travail et l'inactivité durant 20 ans sont des facteurs qui limitent la capacité d'adaptation d'un assuré, et ainsi, le montant de son salaire, si ce n'est ses chances de trouver un emploi. Cela étant, au vu de la jurisprudence stricte, l'abattement retenu par l'OAI de 15% ne prête pas flanc à la critique et détermine ainsi un revenu d'invalidité de 50'982 fr. La comparaison des revenus avec et sans invalidité permet de fixer le taux d'invalidité à 20 %, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité. A noter que le taux d'invalidité ne serait encore que de 39%, soit insuffisant pour maintenir ne serait-ce qu'un quart de rente, même si l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% pour l'état psychique et si un abattement de 20% se justifiait. Ainsi, l'OAI était fondé à estimer que l'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré de 1998 à 2011 justifiait une révision de son droit à la rente et la suppression de celle-ci pour l'avenir. Le fait que cette amélioration date vraisemblablement de 2002 déjà et qu'il eût été préférable de supprimer alors la rente, d'achever la réorientation de l'assuré afin qu'il retrouve rapidement un travail au lieu de le maintenir dans un statut d'invalidé admis par l'OAI n'est pas pertinent, la loi ne permettant pas de maintenir l'octroi d'une rente pour ce motif. A noter enfin que l'éventuelle aggravation de l'état lombaire postérieure à la décision, si elle est durable, permet le dépôt d'une demande de révision. Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe

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