

GE_GERICHTE A/172/2011 vom 23. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_172_2011

FR: GE_GERICHTE A/172/2011 du 23 août 2011

IT: GE_GERICHTE A/172/2011 del 23 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur U _____, domicilié à Muttenz, représenté par Madame LEDERMANN, Service juridique PROCAP recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur U _____ (ci-après l'assuré), ressortissant turc né en 1965, a travaillé en tant qu'ouvrier pour l'entreprise X _____ SA jusqu'en 1997, date à laquelle il a subi un accident professionnel entraînant une incapacité de travail prolongée. Selon son extrait de compte individuel, le dernier revenu réalisé avant l'atteinte à la santé était de 42'832 fr. en 1996. L'employeur de l'assuré a été déclaré en faillite par jugement du 17 février 1998 du Tribunal d'appel de Lugano. L'assuré a déposé une demande de rente d'invalidité le 22 février 1999 auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE du TESSIN, en invoquant une dépression. Le SERVIZIO ACCERTAMENTO MEDO DELL'ASSICURAZIONE INVALIDITA (SAM) de Bellinzone a procédé à une expertise orthopédique et psychiatrique de l'assuré les 17 et 19 juillet 2000. Les Drs A _____ et B _____ ont relevé que du point de vue orthopédique, il n'existait qu'une importante limitation fonctionnelle lombaire, sans syndrome radiculaire. Les diagnostics posés étaient ceux de syndrome dépressif récurrent, épisode actuel grave, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive, et de syndrome panvertébral avec tendomyoses cervico-scapulaires, status après fracture de l'hypophyse transverse D8-D9 et scoliose thoraco-lombaire à gauche. Compte tenu de ses troubles psychiques et orthopédiques, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis juin 1997 dans son activité d'ouvrier comme dans toute activité. La capacité de travail pouvait être améliorée par un traitement psychothérapeutique, à l'issue duquel une reconversion dans une activité légère adaptée pourrait être envisagée. Par décision du 23 novembre 2000, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE DU TESSIN a accordé une rente d'invalidité complète à l'assuré dès le 1^{er} juin 1998. Dans le cadre de la révision du droit à la rente, un examen pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique a été réalisé par le SAM de Bellinzone en janvier 2004. Les Drs C _____ et D _____ ont posé les diagnostics de syndrome dépressif récurrent actuellement en rémission, de syndrome panvertébral chronique avec une tendance à la généralisation des douleurs, vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux, de légers troubles statiques, d'altérations dégénératives du passage lombosacré, et de status après accident avec traumatisme du rachis dorsal, fracture de l'hypophyse transverse D8-D9 et contusions de la huitième côte droite. L'assuré souffrait en outre d'obésité, de céphalées chroniques ainsi que d'hypertension artérielle, ces dernières atteintes étant toutefois sans incidence sur sa capacité de travail. Les experts ont retenu qu'au plan physique, il n'existait pas de pathologie et de déficits neurologiques particuliers, ni de limitations fonctionnelles importantes, et que la capacité de travail était complète en tant qu'ouvrier. Toutefois,

compte tenu des troubles statiques, des altérations dégénératives et de la chronicisation des douleurs dorsales depuis plusieurs années, la capacité de travail n'était que de 60 à 70 % dans les activités physiquement lourdes. Au plan psychologique, l'assuré se plaignait d'une tension nerveuse accompagnée d'une certaine anxiété et de douleurs de la colonne vertébrale, et de ruminations sur sa situation. Il craignait que son état ne s'améliore pas, et rapportait des troubles du sommeil et de la vigilance, parfois accompagnés d'une fatigue la journée. En raison de problèmes culturels, il était assez isolé et n'était pas intégré en Suisse. Globalement, l'assuré présentait toutefois une nette amélioration de son état psychique par rapport à l'expertise de juillet 2000, en particulier s'agissant de son humeur et des autres aspects cognitifs, due notamment à la prise en charge par un psychiatre. Il était plus spontané, participait volontiers à l'entretien, et avait amélioré sa connaissance de l'italien. La capacité de travail de l'assuré était de 40 à 50 % au moment de l'expertise. Une mesure d'observation de trois mois dans un centre protégé pour évaluer sa capacité de travail était préconisée, au terme de laquelle la reprise d'une activité à plein temps pourrait être envisagée. En avril 2004, l'assuré a été victime d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS) sur pneumopathie aiguë à éosinophiles. Dans le cadre de la révision de son droit à la rente, l'assuré a suivi une mesure d'observation au sein du CENTRO PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE E SOCIALE du 20 octobre au 18 novembre 2005. Dans le rapport établi à l'issue de cette mesure, le responsable du centre a constaté que l'assuré, malgré un engagement indéniable, s'était montré extrêmement lent tant dans les activités manuelles que conceptuelles. Les troubles psychiques s'étaient révélés très incapacitants, et l'assuré n'avait été présent qu'onze jours sur les dix-huit que devait durer la mesure. Il se fatiguait rapidement et éprouvait des difficultés de concentration, qui ajoutées aux difficultés de compréhension des consignes, ne permettaient pas de le réinsérer dans le marché du travail primaire. Une amélioration de l'état d'esprit de l'assuré avait toutefois été notée durant la mesure et confirmée par ce dernier, qui s'était montré intéressé à reprendre une activité. Ainsi, si à court terme tout au moins une tentative de placement dans le marché du travail primaire était exclue, il était souhaitable d'intégrer l'assuré dans un atelier protégé pour stimuler ses capacités et potentiels et éviter une éventuelle péjoration de son état de santé. L'assuré s'est soumis à une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique en octobre et décembre 2006. Le Dr E _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a notamment diagnostiqué un syndrome cervico-spondylogène prévalant à gauche, des altérations dégénératives du rachis lombaire, des troubles statiques du rachis et des gonalgies bilatérales. Ce médecin a conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, sans diminution de rendement et en précisant que l'activité d'ouvrier exercée précédemment était adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a quant à lui rapporté que l'assuré se plaignait de douleurs dans le dos et aux genoux, d'angoisses, d'insomnies, de troubles du sommeil et de céphalées. Cet expert a observé que le ton de la voix était diminué, la mimique de type légèrement dépressif et la mémoire récente légèrement diminuée. L'affectivité était de type dépressif et la compréhension parfois non adéquate. Le psychiatre a posé le diagnostic de syndrome dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), de syndrome panvertébral chronique avec tendance à l'exagération des douleurs, de légers troubles statiques et d'altérations dégénératives du passage lombosacral, et de status après accident avec fracture du rachis dorsal et fracture de l'hypophyse transverse D8-D9 et contusions de la huitième côte droite en 1997. Il a constaté que tant l'état psychique de l'assuré que sa situation s'étaient améliorés depuis les précédentes expertises. L'assuré avait pour projet de travailler

à Genève dans un restaurant géré par son frère. Cependant, malgré la rémission du trouble dépressif, divers symptômes persistaient et empêchaient l'assuré d'exercer un travail à plus de 50 %. Dans un avis du 16 février 2007, le Dr G_____, médecin auprès du SMR du Tessin, a retenu une capacité de travail de 50 % dès le mois de janvier 2004 dans une activité légère à moyennement contraignante. Dans un rapport du 3 avril 2007, l'OAI du Tessin a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Il a retenu un revenu sans invalidité de 46'742 fr. 98 pour 2005, sans préciser comment ce montant était obtenu. Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'OAI du Tessin a indiqué qu'il s'était référé au revenu correspondant à une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit 55'608 fr. correspondant à 40 heures de travail, ou 57'832 fr. en tenant compte de la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2005. Le revenu avec invalidité était ainsi de 28'916 fr. (57'832 fr. x 50 %), avant réduction. L'OAI du Tessin a encore procédé à un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui conduisait à un revenu d'invalidité de 24'578 fr. Le degré d'invalidité qui en résultait était de 47.41 %. Dans son projet de décision du 10 avril 2007, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE DU TESSIN, retenant un degré d'invalidité de 47.41 %, a octroyé à l'assuré un quart de rente dès le premier jour du second mois suivant la notification de la décision. L'assuré a emménagé à Genève le 1^{er} octobre 2007. Dans le questionnaire pour la révision de la rente que l'assuré a rempli le 26 mai 2009, il a indiqué que son état s'était aggravé depuis février 2008, date dès laquelle sa capacité de travail était nulle en raison de séquelles de la maladie pulmonaire de 2004 et de la dégradation de son état psychologique. Dans un rapport du 2 septembre 2009, le Dr H_____ a posé les diagnostics de dépression nerveuse chronique, de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de status après fracture de D8 et de trouble somatoforme douloureux en précisant que ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, qui souffrait également d'asthme. Celui-ci se plaignait de céphalées, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies et douleurs de la cheville droite, d'insomnies, de tristesse et d'angoisse. L'assuré avait refusé un traitement psychiatrique. Le médecin préconisait une évaluation et un suivi psychiatriques. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités exercées uniquement debout, pas d'activités nécessitant de se pencher, d'être accroupi, à genoux, en rotation en position assise ou debout, de marcher, de travailler sur une échelle ou un échafaudage, ni port de charges de plus de 5 à 10 kg. En outre, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. L'OAI a confié un mandat d'expertise au SAM de Bellinzzone. Les Drs I_____ et D_____ ont rendu leur rapport le 1^{er} juin 2010, après avoir confié l'examen de l'assuré aux Drs J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, K_____, spécialiste FMH en maladies pulmonaires, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Après avoir résumé le dossier médical de l'assuré et établi son anamnèse, les experts ont notamment indiqué que le recourant se plaignait de douleurs persistantes de la colonne vertébrale, irradiant dans la tête, parfois le coude et le poignet, augmentant en position assise et après des mouvements extrêmes des articulations. Ces douleurs étaient météodépendantes et survenaient également après des efforts physiques. L'assuré décrivait en outre des difficultés respiratoires, surtout la nuit. Au plan psychique, il considérait sa situation comme inchangée par rapport aux évaluations précédentes. Il déclarait vivre dans un constant mal-être existentiel, sans centres d'intérêts particuliers, préférant rester seul. Il souffrait d'angoisses nocturnes. Les experts ont posé les diagnostics de syndrome dépressif persistant, d'asthme bronchiale avec une hyper-réaction bronchiale de degré léger ainsi

qu'un status post ARDS ayant entraîné de légères séquelles, en précisant que ces atteintes avaient des incidences sur la capacité de travail. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de syndrome cervico-vertébral, syndrome lombo-vertébral, gonalgies bilatérales, douleurs à la cheville droite, hypertension artérielle, obésité et tabagisme chronique. Du point de vue pneumologique, l'asthme bronchiale constituait un trouble léger, qui pouvait être traité. L'expert pneumologue préconisait en outre un arrêt du tabac, ainsi qu'une perte pondérale. Sur ce plan, la capacité de travail était totale dans un environnement adapté, sans substances toxiques ou irritantes et hors d'atmosphères très chaudes ou enfumées. S'agissant de la santé psychique de l'assuré, le Dr L _____ a constaté une chronicisation substantielle de la symptomatologie dépressive depuis l'expertise du Dr F _____ en 2006. La mimique et la gestuelle de l'assuré étaient limitées, son comportement psychomoteur caractérisé par un ralentissement notable, sa thymie légèrement abaissée, et sa sphère affective déprimée. Se fondant sur ses observations cliniques, l'expert a retenu une capacité de travail de 60 % en tant qu'ouvrier, compte tenu de la diminution de rendement sur une journée entière de travail depuis mars 2010. Les facteurs réduisant la capacité de travail étant le ralentissement psychomoteur, l'asthénie, la diminution de la résistance, la difficulté d'adaptation, qui étaient autant de conséquences du trouble dépressif persistant de l'assuré. Le Dr L _____ a encore indiqué qu'une prise en charge psychiatrique serait bénéfique pour l'état de santé de l'assuré. Dans un avis du 4 octobre 2010, le Dr M _____ a considéré que l'assuré présentait un status ostéo-articulaire dans les normes pour son âge, et ne présentait que des limitations minimales et non traitées. L'examen pneumologique avait révélé un syndrome restrictif léger des poumons, compatible avec une activité exercée à plein temps. L'assuré ne présentait en outre pas d'éléments indicateurs d'un trouble de la personnalité. En l'absence de traitement médicamenteux ou psychothérapeutique, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 18 octobre 2010, aux termes duquel il supprimait le droit à une rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. A l'appui de sa décision, l'OAI a repris les conclusions du Dr M _____ sur la capacité de travail de l'assuré. L'assuré a contesté la teneur du projet de l'OAI par courrier du 14 novembre 2010. Il a indiqué ne plus prendre de médicaments autres que des antalgiques disponibles sans ordonnance par peur des effets secondaires des médicaments, à la suite du décès accidentel d'un de ses amis lié à la prise de son traitement. Il a fait valoir que malgré la réduction de sa rente à la suite de la décision de l'OAI du Tessin, il n'a pu retrouver une activité professionnelle, toutes ses recherches d'emploi s'étant soldées par des échecs. Il a souligné que la suppression totale de sa rente aurait des conséquences désastreuses, alors que sa situation était déjà très pénible. Il a également signalé qu'il était domicilié à Muttenz depuis le 15 juillet 2010. Dans son avis du 30 novembre 2010, le Dr M _____ a relevé que l'assuré n'amenait aucun élément nouveau susceptible de modifier les conclusions du SMR. Par décision du 7 décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par acte du 20 janvier 2011, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé). Il conclut sous suite de dépens au maintien d'un quart de rente, à des mesures d'ordre professionnel, et subsidiairement au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire. Il conteste qu'une amélioration de son état de santé depuis 1997 ait été établie, et relève que contrairement à ce que retient le SMR, les experts du SAM de Bellinzzone n'ont pas conclu à une capacité de travail entière mais de 60 % dans leur rapport du 1^{er} juin 2010. Il allègue que ce rapport ne permet pas de conclure à une amélioration de l'état de santé depuis 2004 justifiant la

révision de son droit à la rente, et que le SMR n'est pas légitimé à s'écarter des conclusions des experts, les avis des médecins de ce service ne constituant selon la jurisprudence qu'une synthèse des documents médicaux sans portée autonome. Il fait valoir que les conditions de la reconsidération, soit notamment le caractère manifestement erroné de la décision initiale, ne sont pas non plus réalisées. Il s'étonne de ce qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne lui soit reconnue, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle. Le Dr M _____, dans son avis du 21 février 2011, a considéré que selon les ouvrages de référence, par exemple la CIM-10, les éléments objectivés par l'expert psychiatre ne permettaient pas d'atteindre le niveau diagnostique de trouble dépressif léger, et que l'amélioration de l'état de santé du recourant remontait à octobre ou novembre 2006, date à laquelle avait été observé l'amendement de l'affection psychiatrique. Dans sa réponse du 17 mars 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelle qu'une décision manifestement erronée est sujette à reconsidération. Il allègue que tel est le cas en l'espèce puisque l'état dépressif en rémission retenu par le Dr F _____ ne justifie pas une incapacité de travail de 50 %, et que la décision rendue en 2007 par l'OAI du canton du Tessin est erronée puisqu'elle a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente en retenant une incapacité de travail dénuée de substrat organique ou psychique, comme cela ressort de l'avis du SMR. L'intimé fait de plus valoir que les conditions de la révision sont également réalisées, puisque l'état de santé du recourant a évolué entre la décision initiale et la décision querellée, les experts ayant reconnu une amélioration de celui-ci. Par réplique du 28 avril 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions, en contestant l'existence d'un motif de révision. Il relève que l'appréciation différente des éléments cliniques observés par le Dr F _____ en décembre 2006 par le Dr M _____ ne permet en outre pas de reconsidérer la décision de l'OAI du Tessin. Il est d'avis que les conclusions du SMR résultent d'une mauvaise compréhension des documents d'expertise et demande que ceux-ci soient traduits en français. Par duplique du 18 mai 2011, l'intimé a relevé que le recourant n'amenait aucun élément nouveau et persisté dans ses conclusions. Par courrier du 20 juin 2011, la Cour de céans a requis de l'intimé la production de la décision de l'OAI du Tessin faisant suite à son projet du 10 avril 2007. Celui-ci s'est exécuté par courrier du 20 juillet 2011 et a produit dite décision, datée du 18 mai 2007 et réduisant le droit du recourant à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2007. Copie de cette pièce a été adressée au recourant par courrier du 25 juillet 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le maintien du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur l'existence d'un motif de révision ou de reconsidération. C'est le lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe

être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501, consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, si le recourant conclut à l'octroi de mesures professionnelles, l'intimé n'a pas rendu de décision à ce sujet et le droit du recourant à de telles prestations ne peut dès lors être examiné dans le cadre du présent recours. Il appartient au cas échéant au recourant de solliciter une décision sur son droit à de telles prestations. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent

être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1, ATF 128 V 174). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75 , consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 , consid. 3b/aa). c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). d) 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). 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 (ATF 126 V 75 , consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 , consid. 6). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation

objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). L'art. 17 al. 1^{er} LPG 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPG, 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). 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 LPG. 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz

über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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). La reconsidération d'une décision est possible aux conditions suivantes. En vertu de l'art. 53 LPGA al. 2, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 , consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF 9C_187/2007 du 30 avril 2008, consid. 4.3). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (ATF I 512/05 du 3 mai 2006, consid. 3). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATF I 790/01 du 13 août 2003, consid. 1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 , consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation, le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 9C_74/2008 du 17 juillet 2008, consid. 2; ATF 125 V 383 , consid. 3). C'est la décision initiale d'octroi de rente qui fait l'objet de la reconsidération, même si elle a été confirmée lors de procédures de révision du droit à la rente (ATF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2; ATF I 859/05 du 10 mai 2006, consid. 2). Il convient en premier lieu de déterminer s'il existe en l'espèce un motif de reconsidération. L'intimé invoque le caractère erroné des conclusions du Dr F _____,

expert psychiatre, sur la capacité de travail du recourant lors de l'expertise de décembre 2006, et allègue que ce dernier disposait déjà à cette époque d'une pleine capacité de gain, compte tenu de la disparition des symptômes dépressifs. On ne saurait adhérer à ce point de vue. En effet, l'expertise du Dr F _____ satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde sur l'étude de son dossier médical, un entretien et des observations cliniques, et ses conclusions sont claires. Si l'incapacité de travail retenue par l'expert peut paraître généreuse, elle ne se révèle pas pour autant manifestement inexacte, de sorte qu'une des conditions de la reconsidération fait défaut. De plus, l'avis du SMR du 21 février 2011 se borne à substituer son appréciation de l'incidence des éléments cliniques observés sur l'état de santé du recourant à l'évaluation de l'expert. Or, conformément à la jurisprudence exposée plus haut, le simple fait qu'une appréciation différente des faits à la base de la décision sujette à reconsidération soit possible n'est pas suffisant pour ouvrir cette voie. L'intimé invoque également une amélioration de l'état de santé du recourant. Il retient une capacité de travail entière, s'écartant ainsi des conclusions des experts qui ont reconnu une incapacité de travail de 40 %. Il sied donc de déterminer quelle est la capacité de gain de l'assuré, et si celle-ci a subi des modifications entraînant une révision du droit à la rente. a) En ce qui concerne la capacité de gain, il y a lieu d'admettre les conclusions de l'expertise réalisée par les Drs J _____, K _____ et L _____. Conformément à la jurisprudence, ce rapport doit en effet se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il se fonde sur une parfaite connaissance du dossier et de l'historique médicale et tient compte des plaintes du recourant. Les experts ont en outre procédé à des examens cliniques et ont pris le soin de justifier leurs conclusions. S'agissant en particulier de l'évaluation par l'expert psychiatre de la capacité de gain du recourant, il n'y a pas lieu de la remettre en cause. Le Dr L _____ a en effet justifié la capacité de travail réduite par la chronicisation de la symptomatologie dépressive, et clairement exposé les facteurs limitant la capacité de travail du recourant, puisqu'il a relevé que ce dernier souffrait d'un ralentissement psychomoteur, d'asthénie, d'une diminution de sa résistance et de difficultés d'adaptation. Le SMR fait valoir que les conclusions et diagnostics des experts ne seraient pas conformes aux ouvrages de référence, et donc erronés. A cet égard, la Cour de céans observe que le système de classification internationale des maladies CIM-10 décrit les épisodes dépressifs (F 32) comme ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents

et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) implique que plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés soient présents. En l'occurrence, l'expert psychiatre a recensé plusieurs de ces critères. Le recourant a en effet décrit un malaise permanent, un isolement, une absence d'intérêts et des angoisses. De plus, un ralentissement psychomoteur, une thymie abaissée, une fatigue et une diminution de la résistance ont été objectivement constatés par le Dr L_____. Ainsi, si l'on se réfère aux critères diagnostiques établis par la CIM-10, le recourant présente un nombre de symptômes dépassant ceux qui sont habituellement observés dans le cadre d'un trouble dépressif léger. L'argument de l'intimé, selon lequel les critères établis par la CIM-10 ne permettraient pas en l'espèce de conclure à l'existence d'un trouble dépressif léger, tombe ainsi à faux. En outre, on notera que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF I 784/04 du 20 juin 2005, consid. 2.2). Or, le Dr M_____ ne dispose pas d'une formation spécialisée en psychiatrie, contrairement au Dr L_____. Dans ces conditions, en l'absence de tout autre élément permettant de remettre en cause les diagnostics et conclusions de l'expert, ces derniers doivent l'emporter sur l'avis du médecin du SMR. Eu égard à ce qui précède, on retiendra que le recourant dispose d'une capacité de travail de 60 %. b) Par rapport à l'expertise réalisée en 2007, la capacité de gain du recourant a augmenté de 10 %. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, même une modification peu importante de l'état de fait déterminant peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545, consid. 6.3). Il convient dès lors de déterminer l'incidence de l'augmentation de la capacité de gain du recourant sur son droit à une rente d'invalidité. S'agissant du revenu avant invalidité, il n'est pas possible de se référer au dernier revenu réalisé. En effet, l'entreprise qui employait le recourant avant la survenance de son atteinte à la santé a définitivement fermé, de sorte que la présomption selon laquelle le recourant aurait continué d'y travailler sans invalidité est ici renversée. Il y a donc lieu de se référer aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité, en se référant au salaire que le recourant pourrait réaliser dans des activités simples et répétitives, soit un revenu mensuel de 4'806 fr. (57'672 fr. annuels) pour 40 heures de travail (ESS 2008, TA1, ligne Total niveau 1). Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2010, date de la décision litigieuse, on obtient un revenu de 58'883 fr. Extrapolé à la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2010 (Statistique DNT de l'Office fédéral de la statistique), le revenu sans invalidité à prendre en compte est de 61'238 fr. en 2010. Quant au revenu avec invalidité, il doit être déterminé en se référant des mêmes données statistiques, en tenant compte de la capacité de travail de 60 %. Il est ainsi de 36'743 fr. (61'238 fr. x 60 %), avant abattement. L'OAI du Tessin a fixé l'ampleur de cet abattement à 15 %. Il n'existe en l'espèce pas de motif de s'écarter de cette réduction, qui relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité inférieure. Partant, le revenu d'invalidité est de 31'231 fr. (36'743 fr. - 15 %). Le taux d'invalidité qui résulte de la comparaison des revenus est ainsi de 49 %, ce qui correspond à un quart de rente. Compte tenu de ce qui précède, le recourant conserve son droit à un quart de rente et le recours sera donc admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 2'500 fr (art. 61 let. g LPGA). Elle sera versée par l'intimé, qui supporte également l'émolument de justice de 1'000 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 :

L'admet. Annule la décision de l'intimé du 7 décembre 2010. Dit que le recourant conserve son droit à un quart de rente. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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