

GE_GERICHTE A/3192/2008 vom 7. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3192_2008

FR: GE_GERICHTE A/3192/2008 du 7 avril 2009

IT: GE_GERICHTE A/3192/2008 del 7 aprile 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.04.2009
A/3192/2008

A/3192/2008 ATAS/414/2009 du 07.04.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3192/2008
ATAS/414/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 1 du 7 avril 2009 En la cause Monsieur D _____, domicilié aux
AVANCHETS recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
D _____ (ci-après l'assuré), ressortissant yougoslave et français, né en 1972, a travaillé
en qualité de poseur de plafonds pour l'entreprise X _____ SA du 6 septembre 1999 au
10 juin 2001, date à laquelle il a été victime d'un accident non professionnel en jouant au
football. Ses muscles du cou et du genou droit ont été atteints (coup du lapin et entorse). Le
28 août 2001, il a été opéré d'une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit.
L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 27 août au 24 septembre
2002. Les médecins ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic
primaire), une algodystrophie du genou droit de stade III, une lésion du ligament croisé
antérieur droit le 10 juin 2001, une plastie du ligament croisé antérieur par tendon rotulien
le 28 août 2001 et un status post-arthroscopie exploratrice le 18 avril 2002 (diagnostics
secondaires). Les comorbidités étaient les suivantes : un status post-cure de hernie discale
cervicale C5-C6 en 1997, des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques.
L'évolution était défavorable quatorze mois après la plastie du ligament croisé antérieur.
L'incapacité de travail était totale. Lors de son séjour à la clinique, l'assuré a fait l'objet
d'une évaluation psychiatrique par le Dr L _____, lequel a retenu un status psychiatrique
dans les limites de la norme, bien que l'examen se soit déroulé dans de mauvaises
conditions, l'assuré niant d'emblée toute difficulté psychologique. L'assuré a séjourné une
nouvelle fois à la Clinique romande de réadaptation du 27 mai au 25 juin 2003. Par rapport
du 2 juillet 2003, les médecins de la clinique ont posé les diagnostics suivants : thérapies
physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), trouble de l'adaptation avec réaction
dépressive prolongée, syndrome douloureux somatoforme persistant et status après plastie
du ligament croisé antérieur du genou droit le 28 août 2001 (diagnostics secondaires). Le
patient n'avait toujours pas été capable d'abandonner ses cannes anglaises. Le trouble
somatoforme douloureux était au premier plan et les conséquences de l'algodystrophie
n'étaient plus d'actualité. Suite à la prise en charge physiothérapeutique dans le cadre du
séjour, les douleurs s'étaient péjorées. Les médecins se sont résolus à faire un constat
d'échec complet chez ce patient. Ils lui avaient conseillé de consulter un psychiatre dès sa
sortie de clinique et restaient très pessimistes quant à l'évolution de son cas, essentiellement
en raison de facteurs étrangers à l'accident sortant clairement du champ médical. Les
médecins ont déterminé que la capacité de travail était nulle du 25 juin au 25 août 2003. En

date du 28 mai 2003, l'assuré a également fait l'objet, d'un consilium psychiatrique. Il reconnaissait ses difficultés psychologiques qui pouvaient être classées dans un trouble de l'adaptation, disant très mal vivre l'inactivité et la perte de reconnaissance due à l'exclusion du monde professionnel. Le psychiatre a indiqué que la discordance entre les plaintes (douleurs) et les éléments somatiques objectifs permettaient de retenir le diagnostic, par exclusion et donc peu satisfaisant, de syndrome douloureux somatoforme persistant. En date du 22 octobre 2003, l'assuré a été soumis à une expertise dans le cadre de la SUVA, conduite par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique qui a rendu son rapport le 23 octobre 2003. Ce médecin a posé les diagnostics suivants : état après rupture du ligament croisé antérieur le 10 juin 2001, plastie du ligament croisé antérieur avec tendon rotulien le 28 août 2001, avec légère instabilité résiduelle et cartilages et ménisques intacts, atrophie musculaire et osseuse due au ménagement, état après discectomie C5/C6 avec fusion spontanée C5/C6, en raison d'une hernie discale C5/C6 à droite le 13 décembre 1997, sans séquelle notable. Selon cet expert, le diagnostic d'algodystrophie n'était pas vraisemblable, au vu des constatations cliniques et des diagnostics différentiels des examens scintigraphiques. Aucune autre altération organique ne pouvait expliquer un caractère fortement algique du genou, aussi bien dépendant qu'indépendant de la sollicitation. En s'appuyant sur des données vérifiées radiologiquement, cliniquement et arthroscopiquement, l'expert a considéré que le genou n'empêchait pas l'assuré d'effectuer les tâches quotidiennes, sans exclure les travaux lourds (cf. version originale du texte allemand de l'expertise). L'assuré devait aussi, selon lui, pouvoir reprendre une activité sportive, même le full contact vraisemblablement. Enfin, de l'avis des chirurgiens du genou, le pronostic à long terme après une plastie du ligament croisé antérieur dépendait tout d'abord de l'état du cartilage et des ménisques. Pour le genou de l'assuré, ce pronostic était par conséquent favorable, même si la plastie ligamentaire n'avait pas apporté une stabilité complète. Les constatations au niveau intra-articulaire n'atteignaient pas la limite déterminante pour une indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Par décision du 30 janvier 2004 confirmée par décision sur opposition du 7 juin 2004, la SUVA a mis un terme dès fin février 2004 aux prestations découlant de l'assurance-accident. L'assuré a recouru contre ces décisions auprès du Tribunal de céans. Le 24 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente, d'une mesure de reclassement et de mesures médicales de réadaptation spéciales. Dans un rapport du 8 avril 2004, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a retenu le diagnostic de douleurs persistantes du genou droit d'origine indéterminée. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il présentait, d'après le médecin, une capacité de travail nulle depuis le 10 juin 2001, capacité pouvant être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient également indiquées. Il a précisé qu'une activité professionnelle en position assise était envisageable à plein temps, dans un délai qu'il n'était pas en mesure de déterminer. L'assuré devait éviter la position assise plus de six à huit heures par jour, la position debout, les positions statiques prolongées, les positions à genoux ou accroupie, les parcours à pied, le port de charges, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il a joint à son rapport un courrier du Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'examen neurologique ne mettait pas en évidence d'anomalie significative, hormis un œdème, des troubles trophiques et de la température ainsi qu'une amyotrophie proximale droite liée à

une non-utilisation de sa jambe. Ces atteintes s'inscrivaient probablement, selon lui, dans le cadre d'une algodystrophie. Par rapport du 28 septembre 2004, le Dr P_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, a posé le diagnostic de gonalgies graves du genou droit après accident de sport en 2001 ainsi qu'une suspicion d'algodystrophie. L'incapacité de travail était totale depuis 2001 dans la profession antérieure. En revanche, une activité sédentaire en position assise, comme par exemple des activités de saisie ou de secrétariat, était envisageable à plein temps de manière progressive et après formation correspondante. Les limitations étaient les suivantes : la position assise plus de deux à quatre heures par jour actuellement, la position debout, une position prolongée plus deux heures par jour, l'alternance des positions assise, debout et marche, la position à genoux ou accroupie, le parcours à pied, le port de charges de plus de cinq kilogrammes, le fait de se baisser, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. A la demande de la GENEVOISE ASSURANCE, assureur perte de gain, les Drs Q_____, spécialiste FMH en orthopédie et R_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, médecins au Centre Multidisciplinaire de la Douleur à GENOLIER, ont diligenté une expertise bidisciplinaire, qu'ils ont rendue le 6 octobre 2004. Ces médecins ont conclu qu'il n'était pas possible de confirmer ou d'infirmer avec certitude la présence d'une algodystrophie. En revanche, ils ont considéré qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique importante associée et d'une amyotrophie importante de la cuisse droite, ces deux comorbidités influençant la capacité de travail. Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré était entière dans un poste adapté. Le Dr Q_____ a ultérieurement, dans le cadre de la procédure ouverte par l'assuré à l'encontre de la décision de la SUVA, précisé que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail sur les échafaudages ou les échelles, pas de port de charges répété de plus de vingt kilogrammes, pas de marche prolongée (plus de cinq kilomètres), pas de montée ou de descente d'escaliers répétée, possibilité de varier les positions au travail et de s'asseoir par moment. Les activités adaptées à son état de santé étaient notamment celles de magasinier, gardien, huissier ou petite manutention. L'assuré ne pouvait plus effectuer son ancienne profession de poseur de faux-plafonds en raison de l'amyotrophie persistante. Par courrier du 18 janvier 2005, le Dr N_____ a sollicité de l'OCAI la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel. Par arrêt du 31 mai 2005, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de la SUVA. Il a retenu en substance qu'il y avait lieu de nier le rapport de causalité adéquate au-delà de fin février 2004 et que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Par rapport intermédiaire du 1^{er} septembre 2005, le Dr N_____ a informé l'OCAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le mois de mai 2005 en raison d'un trouble dépressif sévère et qu'un suivi psychiatrique allait débiter. La capacité de travail était, selon lui, nulle dans toute activité. Il a joint à son rapport un courrier du 12 mai 2005 de la Clinique de MONTANA, duquel il ressort que l'assuré avait été hospitalisé du 30 juin au 19 juillet 2005 et qu'il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans troubles psychotiques (diagnostic principal) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux, une algodystrophie du membre inférieur droit, un status post-plastie du ligament croisé antérieur du genou droit en 2001 et un status post-cure de hernie cervicale (comorbidités). Les médecins de la Clinique ont notamment indiqué que les douleurs lombaires et celles liées aux genoux ne correspondaient pas aux résultats de l'examen clinique. Ces douleurs avaient certaines caractéristiques neurogènes et variaient en intensité avec le stress, la

fatigue et les soucis. Par rapport du 6 octobre 2005, le Dr S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique du membre inférieur et de trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques présent depuis 2002. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de juin 2005 et l'état de santé était stationnaire. Le médecin a précisé que l'assuré présentait des troubles de la personnalité non spécifiés, une tristesse, une perte d'élan vital, une anxiété, un repli sur soi ou des troubles du sommeil. Au vu du lien entre l'état psychique et physique, le pronostic restait réservé. Interpelé par l'OCAI, le Dr S_____ a précisé, au mois de novembre 2005, qu'il ne suivait l'assuré que depuis deux mois et que le trouble dépressif sévère dont il souffrait n'impliquait pas obligatoirement d'hospitalisation. Par courrier du 12 décembre 2005, le Dr N_____ a décrit à l'OCAI les divers traitements qu'avait suivis l'assuré en vue de calmer les douleurs de son membre inférieur droit et a expliqué que c'était suite à l'échec de ces traitements que son état psychique s'était aggravé. Par avis du 16 janvier 2006, le Dr T_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté que l'assuré pouvait travailler d'un point de vue physique, mais que son fonctionnement restait très limité en raison de ses troubles psychiatriques, de sorte qu'une incapacité de travail de 100% devait être retenue et qu'il y avait lieu de revoir la situation dans une année. Par nouvel avis du 17 janvier 2006, le Dr T_____ a cependant remarqué que les avis des médecins traitants ne concordaient pas avec le contenu de l'expertise des Drs Q_____ et R_____ du mois d'octobre 2004, de sorte que des renseignements complémentaires devaient être sollicités du médecin psychiatre traitant. Par prononcé du 17 janvier 2006, l'OCAI a informé la Caisse de compensation de la SSE de ce qu'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative avait été admise dès le mois de février 2003 et l'invitait à calculer le montant de la rente entière due à l'assuré. Interpelé par le Dr T_____, le Dr S_____ a, par courrier du 20 janvier 2006, précisé que c'était d'après les dires de l'assuré qu'il avait, dans son rapport du 6 octobre 2006, retenu l'année 2002 comme début des troubles dépressifs et qu'il ne pouvait retenir ou nier un quelconque trouble à cette époque. Par ailleurs, outre les diagnostics déjà posés, il a également évoqué celui de trouble douloureux somatoforme. Par décision du 7 mars 2006, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1^{er} février 2003. Par avis du 11 avril 2006, le Dr T_____ a rappelé que ladite décision reposait sur une base manifestement erronée, attendu que les mesures d'instruction médicale n'étaient pas terminées. Dans un rapport intermédiaire du 25 juillet 2006, le Dr N_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que les diagnostics n'avaient pas changé depuis son dernier rapport du mois de septembre 2005. Le médecin a considéré qu'il présentait toujours une totale incapacité de travail et qu'il n'était pas possible d'envisager un retour au travail ultérieurement. Les limitations fonctionnelles étaient toujours les mêmes, l'assuré ne pouvant pas se séparer de sa canne pour se déplacer. Il devait ainsi éviter de marcher sur de longues distances et avait des difficultés à se baisser. Par rapport intermédiaire du 30 juin 2006, le Dr S_____ a confirmé que l'assuré souffrait d'une dépression résistante et d'un trouble douloureux somatoforme. Le médecin n'envisageait pas la reprise d'une activité lucrative dans le futur, au vu de l'évolution stationnaire de l'état de santé de l'assuré et de l'existence du trouble somatoforme douloureux. Sur demande de l'OCAI, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diligenté une expertise médicale qu'il a rendue en date du 23 novembre 2006. Il a retenu les diagnostics de « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif moyen (F32.1), difficultés financières (Z59) et dislocation du mariage (Z63.5) ». Il a conclu à une capacité de travail de 80%. L'expert a

expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé aux mois de juin et juillet 2005 par les médecins de la Clinique de MONTANA était faux, la première crise dépressive venant d'apparaître, de sorte qu'il ne pouvait pas exister à ce moment-là de récurrence de ce trouble. En outre, selon lui, il était vraisemblable que le trouble dépressif n'était pas resté de degré sévère jusqu'à la fin du mois de décembre 2005, attendu que dans une telle hypothèse, l'assuré n'aurait pas pu être considéré comme apte au travail du point de vue de l'assurance-chômage. D'après lui, l'épisode dépressif n'était devenu sévère qu'au mois de janvier 2006 et avait régressé après quelques mois, et ce vraisemblablement grâce au traitement prodigué. L'expert a indiqué que l'assuré était taciturne, fixé sur ses douleurs, présentait des craintes hypocondriaques et un état de l'humeur dépressif sans idées suicidaires manifestes. Il n'avait pas de motivation à conduire une vie active. De plus, sa psychomotricité était légèrement ralentie. Le médecin a considéré que l'arrêt de l'activité professionnelle, les douleurs continues, les tendances au retrait et les problèmes financiers avaient eu des conséquences négatives dans la vie de l'assuré, ce d'autant plus que sa situation existentielle s'était péjorée de manière drastique suite au départ de sa femme. L'expert a constaté que l'absence de structure prémorbide évidente de la personnalité et de maladies chroniques physiques associées permettaient de conclure que l'assuré avait la capacité de surmonter une grande partie de ses douleurs, mais que la présence de l'épisode dépressif de degré moyen ainsi que la perte d'intégration sociale justifiaient le fait que l'assuré ne pouvait pas entièrement les surmonter. Tenant compte de ces critères, il a admis une incapacité de travail de 20% d'un point de vue psychiatrique dès le mois de janvier 2006. L'expert a proposé que des mesures de réadaptation professionnelle « radicales » soient mises en place, au vu du jeune âge de l'assuré. Il ressort également du rapport d'expertise, qu'au début de l'année 2006, son état dépressif s'était tellement péjoré qu'il n'avait plus timbré au chômage. Il n'a pas commis de tentative de suicide, mais sa joie de vivre avait définitivement disparu. Il a depuis lors évité tout contact humain et se sentait souvent décontenancé. Par avis du 12 décembre 2006, le Dr T_____ a rappelé que d'un point de vue physique, l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité légère. Il a, en revanche, admis que le syndrome somatoforme douloureux pouvait justifier une incapacité de travail de 20%, attendu qu'il existait une atteinte physique chronique, un échec des traitements et une perte d'intégration sociale. Il a conclu que l'activité de poseur de plafonds n'était plus possible, mais qu'une activité évitant le port de charges, les stations debout prolongées et les escaliers, les positions immobiles et prolongées de la nuque ou en flexion-extension, était envisageable à un taux de 80%. Le 1^{er} juin 2007, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de décision de suppression de rente. Il a considéré que sa décision du 7 mars 2006 reposait sur une base manifestement erronée, attendu que l'instruction médicale n'était pas terminée lorsqu'elle avait été rendue. Par ailleurs, un mandat d'examen de mesures professionnelles était transmis à son service de réadaptation professionnelle. Par courrier du 21 juin 2007, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet de décision précité. Il s'opposait à la suppression de la rente entière qui lui avait été accordée, étant atteint dans sa santé tant physiquement que psychiquement. De plus, il souhaitait pouvoir bénéficier de mesures professionnelles avant de voir sa rente supprimée. Dans son rapport du 27 février 2008, le réadaptateur de l'OCAI a expliqué que l'assuré souhaitait retrouver du travail, mais qu'il ne savait pas dans quelle mesure il serait capable de l'assumer. Il a suggéré de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle en vue de placement, afin de déterminer les professions susceptibles d'être exercées et sa capacité résiduelle de travail et enfin, de lui permettre de débiter

concrètement une réadaptation professionnelle. En date du 17 mars 2008, l'assuré a débuté son stage d'observation professionnelle auprès des EPI (Établissements publics pour l'intégration). Dans une note de travail du 13 mai 2008, le réadaptateur a retranscrit une conversation téléphonique avec le conseiller en réinsertion des EPI de laquelle il ressort que l'assuré était très plaintif, démonstratif et qu'il s'était fait renvoyer de son stage en entreprise après trois jours, s'étant notamment couché pendant les pauses. Un terme avait ainsi été mis au stage. Le 29 mai 2008, les EPI ont rendu leur rapport d'évaluation des capacités professionnelles de l'assuré et ont indiqué le sortir de leurs effectifs en date du 1^{er} juin 2008. La mesure d'observation avait été interrompue prématurément en raison du manque d'engagement et de l'attitude plaintive de l'assuré, principalement durant le stage en entreprise. L'observation en atelier a montré que ses capacités physiques étaient compatibles avec une activité manuelle simple, mais que les rendements mesurés étaient inférieurs aux exigences de l'économie. L'engagement de l'assuré avait été sélectif en fonction des activités proposées. Une formation pratique en entreprise était possible, mais des limitations concernant les capacités d'adaptation ainsi que les réticences personnelles limitaient les chances de réussite d'une réinsertion. Le comportement de l'assuré durant son stage, qui était plaintif, centré sur ses douleurs et manquant d'engagement, a conduit les EPI à interrompre la mesure d'observation professionnelle avec l'accord de l'OCAI. Ils ont retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 80% dans les domaines de l'ébavurage, du montage de sous-ensemble à l'établi et du conditionnement léger. L'assuré devait être orienté vers les activités manuelles simples avec une alternance des positions et un rythme de travail adapté. Par rapport du 30 juin 2008, le réadaptateur de l'OCAI a procédé au calcul d'invalidité. Il a déterminé le revenu avec invalidité en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS 2006), tableau TA1 pour un homme exerçant une activité simple et répétitive et a pris en considération une capacité de travail de 80%. Quant au salaire sans invalidité, il a été fixé en fonction des informations données par l'employeur en date du 4 mars 2004 et a été indexé à l'Indice suisse nominal des salaires (ISS). Le degré d'invalidité était ainsi de 19.1%. Le réadaptateur a conclu qu'un tel degré d'invalidité ne permettait ni l'octroi d'une rente ni de mesures professionnelles, qui seraient en tout état de cause vouées à l'échec, au vu du rapport des EPI. Une aide au placement serait accordée à l'assuré, si celui-ci en faisait la demande motivée. Par décision du 6 août 2008, l'OCAI a confirmé son projet de suppression de rente dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision, étant précisé que sur demande expresse et motivée de la part de l'assuré, une aide au placement pouvait être examinée et ce, pour autant qu'il participe activement aux mesures proposées et en faisant lui-même ses recherches d'emplois. Par courrier recommandé daté du 19 août 2008, mais envoyé le 6 septembre 2008, l'assuré a recouru contre la décision précitée. Il a soutenu que l'instruction du dossier par l'OCAI avait été lacunaire, ses affections somatiques n'ayant pas été examinées par un rhumatologue ou un orthopédiste dans le courant de la procédure. Il a indiqué qu'il souffrait toujours de douleurs liées à son opération du genou droit en 2001 et qu'il ne pouvait pas marcher sans cannes. Par ailleurs, il a expliqué que le stage en entreprise proposé par les EPI n'était pas adapté à son état de santé, de sorte que l'OCAI avait conclu de manière erronée qu'il n'était pas motivé à travailler. Il a déclaré qu'il souhaitait trouver une activité lucrative adaptée et sollicitait la mise en place d'un nouveau stage d'observation professionnelle tenant compte de ses atteintes à la santé. Par réponse du 3 octobre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Suite à la transmission de l'écriture de l'OCAI à l'assuré, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. La décision sur opposition litigieuse du 6 août 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Par ailleurs, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. (ATF 129 V 1, consid. 1 ; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En l'espèce, les faits pertinents remontent à l'année 2001. Le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1^{er} janvier 2003 par la nouvelle réglementation. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 sont régies par le même principe. En revanche, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129 ; 5^{ème} révision AI) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La question litigieuse concerne la suppression avec effet ex nunc de la rente entière d'invalidité accordée par décision du 7 mars 2006. 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. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais

bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). 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 (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5). Pour juger s'il faut reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). 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, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3). Une instruction lacunaire peut, selon la jurisprudence, justifier qu'une décision de rente soit considérée comme manifestement erronée (cf. ATFA non publié du 13 août 2003 no I 790/01 ou ATF non publié du 31 octobre 2008 no 9C_659/2008). En l'espèce, dans sa décision initiale du 7 mars 2006, l'OCAI ne mentionne pas les documents sur lesquels il s'est fondé pour allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité. La motivation jointe à son prononcé envoyé à la Caisse de compensation de la SSE en date du 17 janvier 2006 permet cependant de conclure que l'état de santé psychique de l'assuré avait été déterminant. De plus, il peut être déduit de l'ensemble du dossier que l'OCAI a essentiellement tenu compte des avis du Dr T _____ du 16 janvier 2006 et de ceux des médecins traitants, les Drs N _____ et S _____, pour retenir une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative depuis 2002, partant un degré d'invalidité de 100%. Le Dr T _____ du SMR avait indiqué, dans son avis du 16 janvier 2006, que rien n'empêchait l'assuré, d'un point de vue physique, d'entreprendre une activité lucrative, mais que ses atteintes à la santé psychique justifiaient

pour l'instant une incapacité totale de travail. Son avis était fondé sur les rapports du Dr N_____, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de mai 2005 en raison d'un trouble dépressif récurrent, pour lequel l'assuré avait été hospitalisé durant trois semaines à la Clinique de MONTANA. Sa capacité de travail était, d'après lui, nulle dans toute activité lucrative dès le mois de mai 2005. Quant au Dr S_____, psychiatre de l'assuré depuis le mois de septembre 2005, il avait également retenu une incapacité totale de travail depuis le mois de mai 2005 et avait diagnostiqué un trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques depuis l'année 2002. C'est suite à ces avis et rapports que l'OCAI a, en date du 17 janvier 2006, invité la Caisse de Compensation de la SSE à fixer le montant de la rente entière AI due à l'assuré dès le mois de février 2003, puis notifié sa décision du 7 mars 2006. Cependant, dans son avis du 17 janvier 2006, soit le jour même de la communication de l'OCAI à la Caisse de Compensation de la SSE, le Dr T_____ a remarqué que le contenu des rapports des médecins traitants ne concordait pas avec l'expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) réalisée le 6 octobre 2004 par les médecins du Centre Multidisciplinaire de la Douleur de GENOLIER. En effet, d'après les experts, l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique importante associée et présentait une capacité de travail entière dans un poste adapté. Le Dr T_____ a ainsi conclu qu'une instruction complémentaire devait être effectuée. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la communication de l'OCAI du 17 janvier 2006, fondant la décision du 7 mars 2006 allouant une rente entière à l'assuré, résulte d'une mauvaise communication au sein de l'OCAI, soit en l'espèce d'un médecin du SMR et d'un gestionnaire de l'OCAI et que la décision a été rendue de manière prématurée. Au demeurant, les avis succincts des médecins traitants ne portent pas sur les activités que l'assuré ne pouvait pas effectuer et n'indiquent pas les raisons qui l'empêcheraient d'entreprendre une activité lucrative. Ils ne remplissent ainsi pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, de sorte que l'OCAI n'était alors pas en mesure de rendre de décision sans requérir au préalable des informations médicales complémentaires. Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'OCAI a chargé le Dr U_____ de diligenter une expertise psychiatrique. Il en résulte un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif moyen (F32.1), des difficultés financières (Z59) et une dislocation du mariage (Z63.5). L'expert a conclu à une capacité de travail de 80% et à ce qu'une réadaptation professionnelle soit mise en place. Il a notamment expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé aux mois de juin et juillet 2005 par les médecins de la Clinique de MONTANA était faux, attendu que la première crise dépressive venait d'apparaître, de sorte qu'il ne pouvait pas exister à ce moment-là de récurrence de ce trouble. Selon lui, l'épisode dépressif n'était devenu sévère qu'au mois de janvier 2006 et avait régressé après quelques mois, vraisemblablement grâce au traitement prodigué. L'expert a constaté que l'assuré était taciturne, fixé sur ses douleurs, présentait des craintes hypocondriaques et un état de l'humeur dépressif sans idées suicidaires manifestes. Il n'avait pas de motivation à conduire une vie active. De plus, sa psychomotricité était légèrement ralentie. Le médecin a considéré que l'arrêt de l'activité professionnelle, les douleurs continues, les tendances au retrait et les problèmes financiers avaient eu des conséquences négatives dans la vie de l'assuré, ce d'autant plus que sa situation existentielle s'était péjorée de manière drastique suite à la séparation de sa femme. L'expert a constaté que l'absence de structure prémorbide évidente de la personnalité et de maladies chroniques physiques associées permettaient de conclure que l'assuré avait la capacité de surmonter une grande partie de ses douleurs, mais que la

présence de l'épisode dépressif de degré moyen ainsi que la perte d'intégration sociale justifiaient le fait que l'assuré ne pouvait pas entièrement les surmonter. Il apparaît que l'expertise psychiatrique se fonde sur un examen approfondi et sur le dossier de l'assuré, sur une anamnèse complète, sur un exposé des plaintes de l'assuré ainsi que sur des constatations cliniques objectives. Ces éléments ont fait l'objet d'une appréciation motivée qui a abouti à des conclusions cohérentes. Les diagnostics ont également clairement été exposés. De plus, l'incapacité de travail de 20% tient compte du fait que l'assuré ne dispose pas de toutes les ressources nécessaires pour surmonter entièrement ses douleurs. Il sera dès lors constaté que ce rapport d'expertise complet et motivé a pleine valeur probante. Les rapports des médecins traitants, les Drs N_____ et S_____, sont succincts et ne permettent notamment pas de déterminer les raisons pouvant justifier l'incapacité de l'assuré à reprendre une activité lucrative dans le futur. Par ailleurs, les déclarations du Dr S_____ concernant notamment le début des troubles dépressifs durant l'année 2002 faites sur la seule base des propos de l'assuré, tendent à indiquer que ce médecin pourrait, en cas de doute, être enclin, comme le prévoit la jurisprudence, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier, ce dont le Tribunal doit tenir compte (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Au vu de ce qui précède, les rapports des médecins traitants ne sauraient valablement remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expertise diligentée par un psychiatre. Il y a lieu d'ajouter qu'il n'est nul besoin d'examiner en l'espèce le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assuré, attendu que même dans l'hypothèse la plus favorable à l'assuré, soit en suivant les conclusions de l'expertise psychiatrique, la solution du litige ne s'en trouverait pas modifiée. De surcroît, après avoir déterminé la capacité de travail de l'assuré d'un point de vue médical, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle, qui s'est déroulé auprès des EPI du 17 mars au 13 mai 2008 et qui a été interrompu de manière prématurée, l'assuré ayant été renvoyé de son stage en entreprise. Il ressort notamment du rapport des EPI que l'assuré présentait bel et bien une capacité de travail de 80% dans une activité manuelle simple avec alternance des positions et un rythme de travail adapté, soit par exemple dans le domaine de l'ébavurage, du montage de sous-ensemble ou du conditionnement léger. Selon ce rapport, l'assuré manquait d'engagement, présentait une attitude plaintive et était centré sur ses douleurs. L'engagement de l'assuré avait été sélectif en fonction des activités proposées. Une formation pratique en entreprise était possible, mais les capacités d'adaptation ainsi que les réticences personnelles de l'assuré limitaient les chances de réussite d'une réinsertion. Les conclusions du rapport des EPI, admettant une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, ne font ainsi que confirmer celles du rapport d'expertise. Ainsi, au vu de tout ce qui précède, une instruction complète du dossier aurait dû amener l'OCAI à conclure que l'assuré était apte à exercer une activité lucrative adaptée à 80%. L'OCAI ayant rendu sa décision sur la seule base des avis succincts des médecins traitants, force est de constater que sa décision du 7 mars 2006 était manifestement erronée. L'assuré soutient qu'il souffre toujours de douleurs liées à son genou droit et reproche à l'OCAI de ne pas avoir fait porter l'instruction sur ses affections somatiques. Le Tribunal de céans constate qu'il ressort de deux expertises, soit de celle diligentée par le Dr V_____ en octobre 2003 et de celle d'octobre 2004 du Centre Multidisciplinaire de la Douleur à GENOLIER, que l'assuré était susceptible d'exercer ses tâches quotidiennes, y compris les travaux lourds, qu'il pouvait même entreprendre une activité sportive et qu'il présentait, d'un point de vue somatique, une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Suite à la seconde

expertise, le Dr N_____ avait même demandé qu'une mesure d'ordre professionnel soit mise en place. Quant au Dr P_____, il avait également conclu, au mois de septembre 2004, à une entière capacité de travail dans une activité sédentaire. Ainsi, au vu des avis des experts et des médecins traitants concordant tous sur la totale capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses affections somatiques, il n'était dès lors pas nécessaire que l'OCAI instruisse plus avant sur ses atteintes somatiques. Il y a encore lieu de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Dans le cadre de la détermination du revenu sans invalidité, l'OCAI a pris en considération, avec raison, le salaire horaire ainsi que les horaires communiqués par l'employeur de l'assuré en date du 4 mars 2004 et a indexé le salaire annuel à l'ISS. En ce qui concerne le revenu d'invalide, c'est également à juste titre que l'OCAI l'a calculé sur la base des données statistiques, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis 2001. Le montant de 4'732 fr. (40 heures par semaine) correspond aux activités simples et répétitives tous secteurs confondus ressortant du tableau TA1 de l'ESS 2006. Ce montant a été annualisé et adapté à la durée normale de travail par semaine en 2006, soit 41.7 heures (La Vie économique, 1/2 - 2009, tableau B9.2), puis diminué en fonction de la capacité de travail réduite de l'assuré. Le degré d'invalidité est ainsi de 19.1% comme déterminé par l'OCAI. Ce degré est insuffisant pour ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision du 7 mars 2006 est manifestement erronée dans son résultat. La rectification de ladite décision revêt également une importance notable, attendu que l'OCAI aurait dû, en lieu et place de l'octroi d'une rente entière, rendre une décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Toutes les conditions de la reconsidération étant remplies, c'est, en conséquence, à juste titre que l'OCAI a reconsidéré sa décision du 7 mars 2006. La question de la réadaptation professionnelle se pose encore, soit en particulier l'octroi d'une mesure de reclassement ou d'une aide au placement. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. En l'espèce, même si la condition objective des 20% (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références) pouvait être discutée, la condition de aptitude subjective nécessaire n'est en tout état de cause pas remplie. En effet, il ressort clairement du rapport d'évaluation des EPI que l'assuré manquait à tel point d'engagement que la mesure d'observation a été interrompue de manière prématurée. Les déclarations de l'assuré concernant le caractère inadapté du travail sollicité ne sont pas plausibles au vu du rapport détaillé rendu par les EPI. Le Tribunal de céans est d'avis que dans de telles conditions, une mesure de reclassement professionnel requérant une certaine motivation de l'assuré n'est pas susceptible, de manière vraisemblable, à améliorer sa capacité de gain. La décision de

l'OCAI sera par conséquent confirmée sur ce point. Reste à déterminer si l'assuré a droit à une aide au placement. Le droit à une mesure de réadaptation, dont fait partie l'aide au placement (art. 8 et 18 al. 1 LAI), présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'AI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (VSI 2002 111 ss et les références). Le Tribunal constate que la capacité de travail de l'assuré est aujourd'hui théorique, attendu qu'il n'a plus travaillé depuis 2001. Après tant d'années, il a certes besoin de soutien pour retrouver une activité lucrative, toutefois, pour qu'une aide au placement soit accordée, l'assuré doit également démontrer de la motivation, motivation qui fait défaut en l'espèce. Ainsi, une telle mesure ne saurait être en l'état ordonnée. Le Tribunal de céans attire l'attention de l'assuré sur le fait que l'OCAI s'est déclaré ouvert à lui accorder une aide au placement sur demande motivée de sa part. Il lui appartiendra dès lors de solliciter cette mesure auprès de l'OCAI. La décision de l'OCAI sera par conséquent entièrement confirmée. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL 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); 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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER 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.