

GE_GERICHTE A/3235/2011 vom 14. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3235_2011

FR: GE_GERICHTE A/3235/2011 du 14 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/3235/2011 del 14 febbraio 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier PRETOT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1961, d'origine italienne et naturalisé Suisse en 2002, est arrivé en Suisse en 1979 et a travaillé en qualité de postier dès 1986. Le 10 août 1999, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé), demande qui a été rejetée en date du 29 février 2000. Le 18 avril 2001, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Dans un questionnaire daté du 31 mai 2001, l'employeur de l'assuré, soit X _____, a indiqué que son revenu annuel était de 72'264 fr. à 100% depuis le 1 er janvier 2001, mais qu'il percevait un salaire à 50% depuis le 11 septembre 2000 en raison d'une maladie. Il a été incapable de travailler à 100% en 2000, du 28 février au 8 mars, du 28 mars au 9 avril, du 4 au 14 mai, le 6 mai, du 10 juin au 30 juillet, du 25 août au 10 septembre, puis à 50% du 11 septembre au 2 novembre, à 100% du 3 au 19 novembre, à 50% du 20 novembre au 10 décembre, à 100% du 11 au 17 décembre et à 50% depuis lors. Par rapport du 6 août 2001, le Dr L _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu que l'assuré souffrait notamment d'une dysthymie, à début tardif, depuis 1998, et de problèmes somatiques (status après opération du tunnel carpien des deux côtés, talalgies gauches, etc.) depuis 1998-2000. L'incapacité de travail était de 50% depuis le mois de décembre 1999. En date du 25 avril 2003, l'employeur de l'assuré a signalé à l'OAI que sa rémunération annuelle était de 34'031 fr. et qu'il travaillait à 50% depuis le 19 mars 2003. Le 23 mai 2003, le Dr L _____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis l'été 2001. Suite notamment aux avis des Drs M _____ et N _____ des 2 et 20 août 2001, l'assuré a été mis « à la retraite anticipée partielle de 50% » dès le 1 er septembre 2003 et a perçu, depuis lors, une rente d'invalidité de 50% de sa Caisse de pension, de sorte qu'il ne travaillait plus qu'à un taux de 50%. Dans un rapport intermédiaire du 4 mars 2005, le Dr L _____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et une incapacité de travail de 50%. Il a attesté qu'entre août 2001 et juin 2003, l'assuré avait fait une « pause » de psychothérapie, mais que son état s'est dégradé entre la fin de l'année 2002 et juin 2003, suite à la séparation de son épouse. Il a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana du 10 au 25 septembre 2003, puis a été pris en charge, du 2 octobre au 5 novembre 2003, par le Centre de thérapie brève (ci-après le CTB) de la Jonction. Depuis le mois de décembre 2003, son état s'était à nouveau stabilisé, avec une reprise de son activité lucrative à 50%. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed), qui est un Centre d'observation médicale de l'Assurance-invalidité

(ci-après COMAI). Les Drs N _____, spécialiste FMH en rhumatologie, P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q _____, spécialiste FMH en neurologie, ont examiné l'assuré en date du 13 décembre 2005. Dans leur rapport du 3 mars 2006, ils ont posé les diagnostics suivants : une instabilité du ligament croisé antérieur (LCA) du genou droit, existante depuis 1980, des séquelles de fracture de la palette humérale du coude gauche, présentes depuis 2004, une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que ceux de paresthésies aspécifiques des mains, de dysthymie et de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Les limitations de l'assuré concernaient les mouvements répétés et les ports de charges avec le membre supérieur gauche ainsi que les changements de positions répétés et la marche dans les escaliers et en terrain instable. Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité de facteur, avec toutefois une diminution de rendement de 20% au vu des troubles somatiques, et qu'elle était également entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement entre 0% et 20% selon les activités envisagées. Ils ont précisé que d'un point de vue psychique, l'assuré présentait une incapacité de travail durant la prise en charge au CTB en 2002, mais que la capacité de travail pouvait être considérée comme entière depuis la fin de l'année 2003. Dans un avis du 13 avril 2006, la Dresse R _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a retenu une incapacité de travail de 50% en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, du 10 juin 2000 jusqu'en août 2001 et de la fin de l'année 2002 à la fin de l'année 2003. D'un point de vue somatique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, avec une limitation de rendement de 20%, et entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 25 janvier 2007, l'OAI a signifié à l'assuré un projet d'octroi d'une demi-rente d'invalidité limitée du 28 février 2001 au 31 décembre 2003, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. En effet, depuis la fin de l'année 2003, la capacité de travail de l'assuré était entière, d'une part, dans son activité de facteur, avec une limitation de rendement de 20% et d'autre part, dans une activité adaptée. Il n'y avait dès lors plus d'atteinte invalidante. Par pli du 19 février 2007, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, au motif que son état de santé ne s'était pas amélioré. En effet, il avait tenté de mettre fin à ses jours. Il a joint à son courrier un rapport établi par le Dr S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique auprès du Centre d'accueil et d'urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), lequel a attesté que l'assuré avait séjourné dans son Centre du 29 janvier au 2 février 2007, en raison d'un tentamen médicamenteux. Les diagnostics posés étaient ceux d'abus médicamenteux, de trouble dépressif majeur récurrent et de traits de personnalité borderline. A la sortie, la thymie était dépressive, d'intensité moyenne, avec une anxiété, des ruminations, un sentiment de culpabilité et d'auto-dévalorisation, des polyalgies et un pessimisme sans symptôme psychotique ni anhédonie ou idéation suicidaire. Dans un rapport établi en date du 27 avril 2007, le Dr L _____ a retenu les diagnostics suivants : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des traits de personnalité borderline, une tentative de suicide par médicaments et des problèmes somatiques (status après opération du tunnel carpien des deux côtés, des douleurs du genou droit, etc.), ainsi qu'une incapacité de travail de 50% depuis le mois de décembre 1999 dans la profession de facteur. Il a précisé qu'un éventuel changement d'activité ne changerait pas le problème de fond de l'assuré, soit sa fragilité psychique et son besoin de récupération. Il a noté que l'assuré était

collaborant, moyennement ralenti, anxieux, d'humeur dépressive, inquiet pour l'avenir, pessimiste, ne voyait pas de solutions pour changer sa « vie ratée » et présentait une perte d'estime de soi, un sentiment de culpabilité et des idées noires non suicidaires. Il avait également peur de son impulsivité autoagressive qui s'accroissait dans les périodes de recrudescence anxiodépressive. L'assuré était toutefois rassuré par la prise en charge des HUG. Le 5 juin 2007, le Dr T _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint auprès du CTB de la Jonction, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. L'incapacité de travail de l'assuré était totale du 26 septembre au 27 octobre 2006, période durant laquelle il a séjourné au CTB, étant précisé qu'en dehors de ces dates, les arrêts de travail étaient gérés par son psychiatre traitant. Le dernier examen a eu lieu le 17 octobre 2006. Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au CEMed. Le Dr U _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a reçu l'assuré en date du 30 août 2007 et a établi son rapport en date du 26 octobre 2007, duquel il résulte que les diagnostics étaient les suivants : une personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec des traits narcissiques, diagnostic existant depuis l'adolescence et ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, et une dysthymie de longue date. Les limitations de l'assuré concernaient un manque de structure de la personnalité avec une faible tolérance à la frustration et une fragilité narcissique, d'intensité légère à moyenne. L'expert a déterminé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% du 26 septembre au 27 octobre 2006, de 50% du 28 octobre au 28 novembre 2006, de 0% du 29 novembre 2006 au 28 janvier 2007, de 100% du 29 janvier au 10 mai 2007, de 50% du 11 mai au 11 juin 2007, étant précisé qu'avant le 26 septembre 2006 et depuis le 12 juin 2007, sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, avec toutefois une diminution de rendement de 25% en raison de la sévérité du trouble de la personnalité. L'expert a expliqué que les capacités d'adaptation de l'assuré au travail étaient diminuées, en raison de sa structure de personnalité avec une diminution de la tolérance à la frustration et une fragilité narcissique. Il a estimé que la prise régulière d'un antidépresseur par l'assuré, lequel n'était pas compliant actuellement, pouvait améliorer son rendement et diminuer le risque de récurrences dépressives. En date du 15 octobre 2007, alors que l'assuré chargeait un gros colis dans un fourgon avec l'aide d'un collègue de travail, le colis a glissé et lorsqu'il l'a rattrapé, il a ressenti une violente douleur à l'épaule droite. Les suites de cet événement ont été prises en charge par l'assureur-accidents. Par rapport établi en date du 18 mars 2008, le Dr V _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a informé l'OAI que l'assuré souffrait d'une rupture bilatérale partielle de la coiffe des rotateurs et que le pronostic était réservé. Le 30 avril 2008, le Dr W _____, généraliste, a essentiellement retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec somatisation, de status post-rupture partielle de la coiffe des rotateurs droits et de bursite de l'épaule droite, de lombalgie invalidante sur la base de discopathies L4-L5 et L5-S1. L'incapacité de travail était de 50% dans la profession de facteur depuis le mois de septembre 2001. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges excédant 10 kilogrammes. Il a notamment joint à son rapport : - celui du 11 février 2008 du Dr V _____, estimant, en ce qui concerne le problème de coiffe, qu'un traitement de physiothérapie avec une éventuelle infiltration complémentaire pourrait améliorer la situation. En revanche, il n'était pas enclin à proposer d'intervention chirurgicale à l'assuré, lequel présentait bien d'autres problèmes, notamment dépressifs, lesquels ne manqueraient

pas de rendre la rééducation d'une vraie réparation de la coiffe très difficile ; - celui du 26 mars 2008 de la Clinique Genevoise de Montana, dans laquelle l'assuré a séjourné du 5 au 18 mars 2008. Le diagnostic principal retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations. Les comorbidités étaient notamment les suivantes : des traits de personnalité borderline, un trouble somatoforme douloureux, un syndrome d'apnée du sommeil léger, une obésité stade I ainsi qu'un status post-rupture partielle de la coiffe des rotateurs à droite et post-bursite de l'épaule droite en novembre 2007. L'examen clinique a notamment mis en évidence une thymie triste, une anxiété, une fatigabilité, une anhédonie, une dévalorisation, une culpabilité, une baisse de l'estime et de la confiance en soi, un pessimisme face à l'avenir, des ruminations et un sentiment d'inutilité de la vie, en revanche, il n'y avait pas d'idées noires, d'idées suicidaires ou d'élément de la lignée psychotique. Par rapport du 29 juillet 2008, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était globalement resté stable depuis son rapport du 27 avril 2007, avec toutefois une période d'aggravation entre la fin de l'année 2007 et le mois d'avril 2008, dans un contexte d'aggravation de problèmes physiques avec un épuisement psychique. En plus des limitations fonctionnelles somatiques (cf. membre supérieur droit), l'assuré présentait une fragilité psycho-cognitive sur un fond de dépression récurrente et de personnalité perturbée. Sa capacité de travail était de 50% depuis le mois de décembre 1999 dans la profession de facteur. Les constatations du médecin étaient les suivantes : l'assuré souffrait de l'abandon par sa copine, il avait une tendance à s'isoler chez lui, il était hyperémotif, inquiet, triste, avait des ruminations anxieuses, des insomnies avec parfois des cauchemars, une humeur toujours fluctuante, subdépressive, en relation avec des facteurs de stress chronique (cf. financiers, affectifs) et aigus (orthopédiques, cf. épaule droite), un sentiment d'inutilité, une envie de disparaître, même sous la forme d'une maladie incurable, des idées de mort « passive » ou par agissement impulsif, il luttait pour rester optimiste et s'accrochait au fait que ses deux fils avaient encore besoin de lui et souffriraient de sa disparition prématurée. Par questionnaire DPT (description des postes de travail) du 29 septembre 2008 adressé à l'assureur-accidents, l'employeur de l'assuré a notamment indiqué que la profession de facteur de colis nécessitait le port de charges jusqu'à 30 kilogrammes, la position debout de manière prolongée et essentiellement des déplacements jusqu'à 50 mètres et parfois la nécessité de monter des escaliers. Par rapport opératoire du 3 octobre 2008, le Dr V_____ a attesté que l'assuré avait subi une intervention d'arthroscopie gléno-humérale en date du 2 octobre 2008 et qu'il souffrait d'une rupture du sus-épineux et d'une arthrose acromio-claviculaire. Au vu des nouveaux éléments médicaux, l'OAI a requis un complément d'expertise psychiatrique, associé à une expertise rhumatologique. Ainsi, les Drs N_____ et U_____, médecins auprès du CEMed, ont examiné l'assuré en date des 15 et 16 octobre 2008 et ont établi leur rapport en date du 12 janvier 2009. Ils ont indiqué que l'assuré souffrait d'une rizarthrose à droite (pouce), d'une rupture du sus-épineux opéré le 3 octobre 2008, d'une fracture de la palette humérale intervenue en 2004 avec une discrète limitation résiduelle de la mobilité du coude gauche, de gonalgies droites sur gonarthrose débutante et de personnalité émotionnellement labile de type borderline avec des traits narcissiques et passifs-agressifs, existante depuis l'adolescence, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont également retenu des troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, et une dysthymie de longue date. Les limitations fonctionnelles somatiques concernaient, d'une part, le port de charges lourdes et les mouvements répétés, en raison de problèmes aux membres supérieurs, sous réserve de l'évolution de l'épaule droite, et d'autre part, les

changements de positions répétés et la marche dans les escaliers et en terrain instable, en raison des gonalgies droites. Sur le plan psychique, l'assuré était limité par son manque de structure de la personnalité avec une faible tolérance à la frustration et une fragilité narcissique, d'intensité légère à moyenne en lien avec son trouble de la personnalité. D'après les médecins, la capacité de travail était entière dans l'activité de facteur, toutefois, il y avait une diminution de rendement de 25%, en raison des atteintes somatiques ainsi qu'une diminution de rendement de 25%, en raison des limitations psychiques, lesquelles entraînaient un plus fort absentéisme et une attitude opposante. De plus, les capacités d'adaptation de l'assuré au travail étaient diminuées eu égard à sa structure de personnalité. D'après les médecins, sur le plan somatique, la capacité de travail était entière dans l'activité de facteur, inchangée depuis 2005, en revanche, sur le plan psychique, l'incapacité de travail était de 100% du 26 septembre au 27 octobre 2006, de 50% du 28 octobre au 28 novembre 2006, de 100% du 29 janvier au 10 mai 2007, de 50% du 11 mai au 11 juin 2007, de 0% du 12 juin 2007 au 4 mars 2008, de 100% du 5 mars au 18 mars 2008 et de 0% depuis lors. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière tant d'un point de vue somatique que psychique, avec une diminution de rendement de 0 à 25% sur le plan somatique et de 25% sur le plan psychique. Les experts ont estimé que la prise régulière d'un antidépresseur pouvait améliorer le rendement et diminuer le risque de récurrences dépressives. Le contexte suggérait fortement, d'après eux, des bénéfices secondaires tirés de la maladie. Enfin, ils ont précisé que du point de vue somatique, les conclusions, notamment concernant la capacité de travail ou la diminution de rendement, étaient émises, sous réserve de l'évolution des atteintes de l'épaule droite, laquelle ne pouvait pas encore être examinée. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'assureur-accidents, l'assuré a séjourné du 15 avril au 12 mai 2009 à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après la CRR). Les médecins ont retenu, dans leur rapport du 18 juin 2009, le diagnostic primaire de "thérapies physiques et fonctionnelles". Le séjour avait permis une amélioration objective et subjective des douleurs de l'assuré et de la mobilité de l'épaule droite, dans tous les secteurs. L'assuré a également déclaré avoir beaucoup moins de douleurs au niveau de l'épaule droite depuis l'infiltration. Les médecins ont prescrit une incapacité de travail de 100% du 15 avril au 15 mai 2009, laquelle devait être réévaluée par le chirurgien-traitant. Ils ont précisé qu'une reprise de travail à 50% dans son activité de facteur était envisageable vers la fin du mois de mai 2009, ce d'autant plus que l'assuré semblait motivé. Par ailleurs, il résulte du consilium psychiatrique du 21 avril 2009 qu'il n'existait pas actuellement de signes dépressifs relevant d'un diagnostic de trouble de l'humeur, l'assuré étant toutefois sous traitement. Le psychiatre a relevé une certaine fragilité dans l'estime de soi, laquelle était compensée par une tendance narcissique, toutefois, ces éléments ne constituaient pas un obstacle significatif pour sa réadaptation ou pour une réinsertion dans le monde du travail. Par rapport du 13 août 2009, le Dr V_____ a retenu un syndrome douloureux résiduel et un syndrome dépressif et noté que l'état de santé était resté stationnaire depuis 6 mois. D'après lui, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de facteur depuis l'accident et le pronostic très réservé. Dans un rapport du 17 septembre 2009, le Dr A_____, spécialiste FHM en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a estimé que l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé avec un dommage permanent. Il a exposé que pour les seules séquelles de l'épaule droite, les activités au-dessus de l'horizontale, le port de charges légères à moyennes bras tendus et en hauteur étaient impossibles. Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, le médecin a considéré que la capacité de l'assuré était complète, dans la

mesure où il ne travaillait qu'à 50%. Il a fixé l'atteinte à l'intégrité à 12.5%, au vu des troubles fonctionnels de l'épaule. En date du 2 novembre 2009, l'assuré a repris son activité habituelle de facteur à 50%. Sur requête de l'OAI, l'employeur de l'assuré a déclaré, par courriel du 3 décembre 2009, que celui-ci aurait perçu, s'il avait continué à travailler à plein temps, un revenu de 68'994 fr. en 2005, de 73'182 fr. en 2008 et de 74'786 fr. en 2009, étant précisé que le salaire indiqué en 2001 comprenait les allocations pour enfants et l'allocation familiale. Par avis du 12 avril 2010, la Dresse B _____, médecin auprès du SMR, a déterminé que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : les ports répétés de charges légères à moyennes, bras tendus et en hauteur, les mouvements répétitifs de surélévation du membre supérieur droit, étant précisé que le port passif de charges de 10 kilogrammes (bras à bras) et le soulèvement actif de charges inférieures à 5 kilogrammes les bras jusqu'à l'horizontale restaient possibles, pour autant qu'ils soient occasionnels. Il résulte d'un compte-rendu d'entretien du 1^{er} juillet 2010 entre l'OAI, la SUVA l'assuré et son employeur, que le travail de l'assuré consistait, depuis le début du mois de mai 2010, à distribuer des actes de poursuite, de sorte que celui-ci n'avait plus de charges à porter et qu'il allait mieux physiquement. L'employeur estimait qu'une activité à un taux de 65% pouvait être confiée à l'assuré. En août 2010, l'assuré et son employeur ont signé un nouveau contrat de travail valable dès le 1^{er} février 2011, lequel prévoyait que l'assuré travaillerait, en qualité de coursier, à un taux d'occupation de 65.01%, soit 27.63 heures par semaine, pour un revenu annuel de 37'644 francs. En date du 24 janvier 2011, l'assuré a subi un nouvel accident professionnel. Il a été en arrêt de travail jusqu'au 13 février 2011, puis à nouveau dès le 11 mars 2011, pour une durée indéterminée. Par courriel du 7 mars 2011 adressé à l'OAI, l'employeur de l'assuré a indiqué que le revenu de celui-ci à plein temps aurait été de 75'676 fr. en 2010 et de 76'737 fr. en 2011. Par rapport du 16 mai 2011, une conseillère en réadaptation de l'OAI a pris note du fait que l'assuré avait travaillé à 50% jusqu'au 31 janvier 2011 et à 65% depuis lors. Elle a déterminé que le degré d'invalidité de l'assuré était de 44.7%, étant précisé que son revenu d'invalidité a été fixé d'après l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), attendu que la capacité de travail retenue par les médecins était entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%. En date du 27 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait rendre une décision concernant son droit à une rente d'invalidité entre le 1^{er} février 2001 et le mois de mars 2011 et que son droit à des prestations serait réévalué pour la période postérieure. Suite à cette évaluation, une nouvelle décision serait rendue. Par décision du 14 septembre 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2001 au 31 mars 2007, à une rente entière jusqu'au 31 août 2007, à une demi-rente jusqu'au 31 mars 2008, à une rente entière jusqu'au 31 juillet 2008, à une demi-rente jusqu'au 31 décembre 2008, à une rente entière jusqu'au 28 février 2010 et enfin à un quart de rente depuis lors. Le droit à la rente pour la période courant dès le mois de mars 2011 allait être d'office évalué sous l'angle d'une révision et faire l'objet d'une décision ultérieure. L'OAI a retenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était stabilisé que depuis le mois de novembre 2009, de sorte que pour la période antérieure, l'évaluation de l'invalidité tenait compte de la perte de gain subie dans l'activité habituelle. Dès novembre 2009, les médecins ayant fixé la capacité de travail de l'assuré à 100%, avec une baisse de rendement de 25%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'OAI a établi qu'il y avait lieu de déterminer le revenu d'invalidité sur la base de l'ESS et non de tenir compte du revenu effectif de l'assuré qui était inférieur au revenu théorique d'invalidité. Ainsi, en ce qui concernait la période postérieure au mois de novembre 2009, il résultait de

la comparaison des revenus, un degré d'invalidité de 45%, qui ouvrait à l'assuré le droit à un quart de rente. Enfin, dans la mesure où l'assuré avait été reclassé par son employeur et que d'autres activités n'étaient pas envisagées, des mesures professionnelles, telles qu'une orientation, un reclassement professionnel ou une aide au placement n'étaient pas indiquées. Par acte du 12 octobre 2011, l'assuré interjette recours contre cette décision de l'OAI et requiert le versement d'une demi-rente au minimum dès le 1^{er} mars 2010. Il explique que son employeur l'a contraint à signer un nouveau contrat de travail au mois d'août 2010, sous la menace de licenciement et qu'il se sent depuis lors encore plus fragilisé sur le plan psychique. Il indique également être très affecté par l'ensemble de sa situation médicale et professionnelle et avoir perdu toute confiance en lui, en son employeur et dans le système social. Il rappelle également le fait qu'il a subi un accident professionnel le 24 janvier 2011, pour lequel il était toujours indemnisé par son assureur-accidents. Par réponse du 1^{er} novembre 2011, l'OAI a proposé le rejet du recours. Par pli du 16 décembre 2011, l'assuré, représenté par un conseil, conteste le revenu d'invalidé déterminé par l'OAI, soutient que son degré d'invalidité était de 50% au minimum, que le taux d'invalidité retenu par l'OAI de 45% lui a été « suggéré » par son employeur et qu'au vu de son dossier médical, son état de santé s'est dégradé depuis le 1^{er} mars 2010. Il sollicite l'audition des Drs E_____ et L_____ et produit une attestation établie le 14 décembre 2011 par le Dr E_____, lequel certifie que l'évolution de l'état de santé du recourant suite à son accident n'est apparemment pas favorable. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2010, et singulièrement sur sa capacité de travail et le calcul du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant s'est

amélioré depuis le mois de novembre 2009, comme retenu par l'intimé. 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). Dans un arrêt du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), notre Haute Cour s'est penchée sur les principes régissant les missions d'expertises confiées aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Cet arrêt a certes amené des

modifications en matière d'examens médicaux, mais il y a lieu de souligner que les changements ne concernent pas tant les expertises en tant que telles que les modalités de leur mise en œuvre afin de garantir l'égalité des armes entre autorités et assurés. Le Tribunal fédéral a ainsi modifié sa jurisprudence en ce sens qu'une expertise ordonnée par l'administration doit faire l'objet d'une décision incidente susceptible de recours, et que les droits de participation de l'assuré sont renforcés (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 de l'arrêt précité). En revanche, il a expressément relevé que l'application aux cas en cours d'instruction des nouveaux principes jurisprudentiels n'implique pas que les expertises ordonnées selon l'ancienne procédure ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Au contraire, il convient en fonction des spécificités du cas et des griefs soulevés de déterminer s'il est conforme au droit de se fonder sur les moyens de preuve à disposition (consid. 6). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, l'intimé a considéré que depuis le mois de février 2000, les périodes d'incapacité de travail partielle et totale se succédaient et que suite à une totale incapacité de travail durant l'année 2009, l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le 2 novembre 2009, en ce sens que sa capacité de travail était, depuis lors, de 100% dans une activité adaptée à ses limitations, avec une baisse de rendement de 25%. a) Pour arriver à cette conclusion, il s'est tout d'abord fondé sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique établi en date du 12 janvier 2009 par les Drs N_____ et U_____, lesquels ont posé les diagnostics suivants : une rizarthrose à droite (pouce), une rupture du sus-épineux opéré le 3 octobre 2008, une fracture de la palette humérale intervenue en 2004 avec une discrète limitation résiduelle de la mobilité du coude gauche, des gonalgies droites sur gonarthrose débutante et une personnalité émotionnellement labile de type borderline avec des traits narcissiques et passifs-agressifs, existante depuis l'adolescence, ces diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que des troubles dépressifs

récurrents, actuellement en rémission et une dysthymie de longue date. Ce rapport présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, ce rapport a été établi sur la base du dossier du recourant, des documents radiologiques, d'une anamnèse comprenant un volet familial, personnel, professionnel et médical, des plaintes du recourant et d'examen médicaux effectués en date des 15 et 16 octobre 2008. En outre, les experts exposent clairement leurs constatations découlant des examens et les atteintes dont souffre le recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. On comprend les raisons pour lesquelles les atteintes engendrent, d'une part, des limitations fonctionnelles concernant le port de charges, les mouvements répétés, les changements de positions répétés, la marche dans les escaliers et en terrain instable et d'autre part, une limitation d'un point de vue psychique liée au manque de structure de la personnalité du recourant avec une faible tolérance à la frustration et une fragilité narcissique, d'intensité légère à moyenne, en lien avec son trouble de la personnalité. Il est également compréhensible que bien que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, il convient de retenir une diminution de rendement de 25% en raison des troubles psychiatriques et de 0% à 25% en raison des troubles somatiques, de sorte que ces diminutions de rendement se confondent. Enfin, la Cour de céans ne met pas en exergue d'éléments ou de circonstances permettant de douter de l'indépendance des experts, de sorte que leur rapport d'expertise doit se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. b) En ce qui concerne le volet somatique, il est vrai que les conclusions des experts ont été émises sous réserve de l'évolution des atteintes de l'épaule droite, attendu qu'ils n'ont pas pu l'examiner, le recourant ayant subi une intervention gléno-humérale en date du 2 octobre 2008. Cependant, force est de constater, à cet égard, que les rapports médicaux subséquents ont permis d'établir une amélioration de ces atteintes, de sorte que le rapport d'expertise garde toute sa valeur probante. D'une part, le séjour entre avril et mai 2009 auprès de la CRR a permis une amélioration tant objective que subjective des douleurs du recourant, avec notamment une amélioration de la mobilité de l'épaule droite dans tous les secteurs, et d'autre part, le Dr A_____ a estimé au mois de septembre 2009 que l'atteinte à l'épaule droite était stabilisée, avec toutefois un dommage permanent. Ce médecin a ainsi retenu des limitations en relation avec cette atteinte à l'épaule, soit une impossibilité d'effectuer des activités au dessus de l'horizontale et de porter des charges légères à moyennes bras tendus et en hauteur. Il y a également lieu de constater que l'amélioration et la stabilisation de l'état de santé a permis au recourant de reprendre son activité de postier à 50% dès le 2 novembre 2009. Pour le surplus, aucun élément au dossier ne vient remettre en cause les conclusions des experts. En particulier, les rapports du Dr V_____ ne mettent pas en exergue d'éléments ignorés par les experts et ne sont pas suffisamment motivés pour permettre de douter de leurs conclusions. c) Pour ce qui est du volet psychiatrique, le consilium psychiatrique de la CRR du 21 avril 2009 confirme en substance le rapport d'expertise, en ce sens que les troubles psychiatriques n'ont plus d'influence sur la capacité de travail. En effet, le psychiatre a noté qu'il n'existait pas de signes dépressifs relevant d'un diagnostic de trouble de l'humeur, mais que le recourant présentait une certaine fragilité dans l'estime de soi, laquelle était compensée par une tendance narcissique, étant précisé que ces éléments ne constituaient pas un obstacle significatif pour sa réadaptation ou pour une réinsertion dans le monde du travail. Quant aux rapports du Dr F_____, ils ont été pris en considération par les experts et il n'en résulte pas d'éléments déterminants, dont ces derniers n'auraient pas tenu compte. Ils ne sauraient ainsi pas remettre en cause l'appréciation des experts. d) Au vu de ce qui précède, il doit être

considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que le recourant a recouvré, comme retenu par l'intimé, une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 25%, dès le 2 novembre 2009 en tous les cas, soit dès le moment où il a repris son activité lucrative habituelle. Pour le surplus, eu égard aux rapports probants présents au dossier, la Cour de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une instruction complémentaire, soit en particulier d'entendre les Drs E _____ et L _____ comme le requiert le recourant. Enfin, le recourant a subi un nouvel accident en date du 24 janvier 2011 et a présenté une incapacité de travail jusqu'au 13 février 2011, puis à nouveau dès le 11 mars 2011. A cet égard, l'intimé a indiqué qu'il examinait le dossier du recourant sous l'angle de la révision (17 LPGA) et qu'il statuerait par nouvelle décision en ce qui concerne la période postérieure au 24 janvier 2011 dès que l'instruction médicale serait terminée. Il en est pris note et il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer, dans le cadre de la procédure de céans, sur la capacité de travail du recourant postérieurement au 24 janvier 2011. Reste à se déterminer sur le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. a) L'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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. b) D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. c) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette 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. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de

25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). En l'espèce, il a précédemment été déterminé que le recourant présente une totale incapacité de travail jusqu'au 2 novembre 2009 et que depuis lors, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations, avec une diminution de rendement de 25%. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à novembre 2009, il convient de se placer en 2009 pour procéder à la comparaison des revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations de l'employeur du recourant, lequel a indiqué, par courriel du 3 décembre 2009, que son salaire annuel aurait été de 74'786 fr. en 2009. Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS. En effet, le recourant n'ayant repris une activité qu'à 50% en novembre 2009, il n'a pas mis pleinement en valeur sa capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 25%. Ainsi, d'après les ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de 4'806 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2009, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2008 : 2'092 et en 2009 : 2'136). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 61'240 fr. 39, soit en tenant compte d'une diminution de rendement de 25%, de 45'930 fr. 30. En outre, l'OAI a fixé l'abattement à 10%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et des années de service. En l'absence de réalisation des autres critères, la Cour de céans ne saurait s'écarter de cette appréciation, laquelle tient suffisamment compte des deux critères suscités. En prenant en considération un abattement de 10%, le revenu avec invalidité 2010 du recourant est de 41'337 fr. 30. Partant, son degré d'invalidité est de 45% $((74'786 - 41'337.3) \times 100 / 74'786)$, taux ouvrant le droit à un quart de rente. Pour le surplus, même si on tenait compte du revenu de l'activité de coursier, exercée à 75%, la solution du litige ne s'en trouverait pas modifiée. Dès lors, les conditions de la révision du droit à une rente entière d'invalidité sont réunies pour diminuer, dès le 1^{er} mars 2010, le droit du recourant à un quart de rente (88a al. 1 RAI). Le recours, mal fondé, devra ainsi être rejeté. La procédure de recours en matière de

contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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