

# GE\_GERICHTE A/3391/2011 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3391\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3391_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3391/2011 du 31 janvier 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3391/2011 del 31 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur O \_\_\_\_\_, domicilié à Sao Joao Baptista, PORTUGAL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur O \_\_\_\_\_, ci-après l'assuré, ressortissant portugais né en 1965, a travaillé en tant que manœuvre. Le 21 juin 1993, il est tombé dans un escalier alors qu'il portait un bidon de peinture de 20 kg dans une main et un seau rempli d'outils dans l'autre, et a subi une contusion dorsale. Le 18 février 1994, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant un syndrome vertébral lombaire post traumatique aigu sur hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite existant depuis juin 1993. Le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire de l'assuré le 8 septembre 1993. Il a conclu à de multiples hernies intraspongieuses au niveau des plateaux vertébraux, traces d'une maladie de Scheuermann, et à une protrusion discale de faible épaisseur postéro-médiane au niveau L5-S1. Dans son rapport du 17 juin 1994, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de syndrome vertébral lombaire post traumatique aigu sur hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite à la suite d'une chute au travail, de troubles statiques et dégénératifs préexistants avec maladie de Scheuermann discrète et troubles transitionnels lombo-sacrés modérés, et de polyinsertionite avec décompensation posturale progressive. Il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 22 juin 1993, relevant que des mesures professionnelles étaient indiquées. Une activité plus légère sans trop d'efforts ni port de charge était adaptée. Le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 2 septembre 1994, ce médecin a établi l'anamnèse de l'assuré. Celui-ci se plaignait de douleurs survenant au matin lors de la mobilisation et à l'effort et l'empêchant de s'endormir normalement. A l'examen, l'expert a relevé que l'assuré exécutait des mouvements complexes avec peine et que la distance doigts-sol était limitée à 15 cm. L'existence d'un syndrome douloureux était probable même si son intensité était difficile à apprécier, et son origine peu claire car la maladie de Scheuermann n'était en principe pas douloureuse, même après un accident. La capacité de travail de l'assuré était probablement nulle dans une activité lourde, mais en revanche entière dans une activité ne nécessitant pas d'efforts trop importants et permettant de fréquents changements de position. Le Dr C \_\_\_\_\_ a préconisé un placement, voire un stage d'observation. Il a cependant souligné que la structure psychique de l'assuré lui semblait fragile, sa présence fluette et transparente ne donnant pas l'impression d'une personne très solide et capable de surmonter des difficultés importantes. Selon une attestation remplie le 19 juin 1995 par X \_\_\_\_\_ SA, employeur de l'assuré, le salaire mensuel de celui-ci était de 3'960 fr. en 1994. Il aurait réalisé en 1995 un revenu mensuel de

4'031 fr. pour 42 h 30 par semaine, auquel s'ajoutait une gratification de 8.33 %. L'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle à l'atelier OSER du CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP) du 14 août au 13 novembre 1995. Dans leur rapport du 10 novembre 1995, les maîtres de réadaptation ont noté que les limitations physiques de l'assuré n'étaient pas évidentes au premier abord mais qu'il avait besoin d'alterner les positions. En évitant le port de charges, il pouvait être actif à plein temps et était à même de reproduire des gestes professionnels par mimétisme, toutefois sans grande habileté dans les manipulations fines. Il disposait d'une capacité d'adaptation à une nouvelle activité pour autant que l'initiation fût simple et concrète. Une formation avec des cours théoriques était impossible en raison de sa faible scolarisation, de l'absence de structures d'apprentissage et de difficultés d'abstraction. L'assuré ne rencontrait aucune difficulté d'intégration. Il cherchait à retrouver une situation professionnelle et avait besoin de soutien et d'encouragement à cette fin. La première activité exercée en entreprise lors de la mesure s'était révélée inadaptée. Quant au deuxième stage, l'assuré y avait mis fin après un jour et demi malgré des conditions de travail excellentes, invoquant d'abord une peur d'un accroissement du rythme de travail qu'il ne pourrait alors plus tenir, puis des douleurs aux yeux et au nez au contact du carton. La troisième activité envisagée, soit la conciergerie, avait été présentée par l'assuré comme un emploi protégé, dans lequel celui-ci pensait pouvoir se reposer en cours de journée ou faire effectuer le travail par son épouse. L'assuré avait par la suite amené un certificat de travail attestant d'une incapacité de travail de deux semaines afin de procéder à un traitement médical pour dépister d'éventuelles allergies au papier, empêchant la réalisation du stage de concierge. Les entretiens à la fin des stages amenaient les maîtres de réadaptation à penser que l'assuré ne recherchait pas une réadaptation mais qu'il avait surtout peur de l'avenir. Du point de vue théorique, une activité lucrative était raisonnablement exigible et le rendement était complet dans des gestes répétitifs simples dans un poste à temps complet avec alternance des positions et sans port de charge, par exemple dans les domaines de préparation de commandes, de cariste ou de préemballeur. Il s'agissait cependant d'une appréciation théorique, car l'assuré se retranchait systématiquement dans une position d'emploi protégé et ne faisait pas preuve d'une motivation suffisante pour être réintégré dans le circuit économique normal, et les chances de succès d'une réadaptation étaient nulles. Dans son rapport du 7 février 1997, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de l'assuré en raison d'une décompensation douloureuse et progressive du syndrome cervical secondaire et d'une accentuation de la fibromyalgie. Il existait désormais une spondylolyse L5-S1 sans glissement manifeste, que l'inactivité aggravait. La capacité de travail de l'assuré restait nulle, et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Il y avait lieu de déterminer si le versement d'une rente ne devait être préféré à des mesures de réadaptation. La Division de réadaptation professionnelle de l'OAI a noté dans son rapport du 7 avril 1997 que deux longs entretiens avec l'assuré avaient permis d'établir que celui-ci était réaliste dans sa perception du monde du travail et de sa situation professionnelle. Seule une activité exercée dans un atelier protégé offrait des conditions de travail permettant les interruptions nécessaires en raison de son état de santé. Son état psychique avait paru extrêmement inquiétant aux collaborateurs de l'OAI. Compte tenu de l'aggravation des troubles physiques, une expertise psychiatrique n'était pour l'heure pas nécessaire, mais devrait cas échéant être requise lors de la révision du dossier. Le salaire en atelier protégé était de 6 fr. par heure en moyenne. Le salaire sans invalidité n'avait pu être établi. Par décision du 23 septembre 1997, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré, assortie de rentes

complémentaires pour son épouse et sa fille, dès le 1<sup>er</sup> juin 1994, sur la base d'un degré d'invalidité de 80 %. Dans un questionnaire destiné à la révision de la rente que l'assuré a rempli le 15 juin 2004, celui-ci a déclaré que son état de santé n'avait pas changé. Le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé l'état stationnaire de l'assuré dans son rapport du 13 juillet 2004. Le 16 juillet 2004, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente n'était pas modifié. Lors de la révision du droit à la rente, l'assuré a répondu dans le questionnaire du 21 septembre 2009 que son état de santé ne s'était pas modifié. Le Dr D \_\_\_\_\_, praticien FMH, a signalé dans son rapport rempli en octobre 2009 que l'état de l'assuré était stationnaire et le pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles étaient une rigidité de la colonne lombaire avec des douleurs sciatalgiques. L'assuré n'était pas suivi pour des troubles psychiques. L'OAI a mandaté la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi que le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, afin que ceux-ci procèdent à l'expertise bidisciplinaire de l'assuré. Dans leur rapport du 3 septembre 2010, ces médecins ont résumé le dossier médical de l'assuré, qu'ils ont complété par un examen radiologique de la colonne vertébrale réalisé le 19 mai 2010 par le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, mettant en évidence une cyphose dorsale accentuée avec séquelles minimales de Scheuermann et lésions discrètes de spondylose, et l'absence de lésion appréciable de la colonne cervicale. S'agissant de ses plaintes, l'assuré n'avait jamais eu de traitement psychiatrique et n'en éprouvait pas le besoin. Il se plaignait en revanche de douleurs surtout dans le dos et la région cervicale, d'une irritabilité accentuée par la présence de monde et de bruits, de fatigue et de tristesse. Depuis son accident de 1993, son moral n'était pas très bon. Le sommeil était perturbé par des douleurs et des ruminations négatives sur son état de santé. Il se sentait la plupart du temps fatigué, encore plus le soir. Il présentait également certains rituels tels que la vérification de la cuisinière et de la fermeture des portes, qu'il pratiquait en moyenne une heure par jour. Il manquait de concentration pour les activités du quotidien et ne parvenait pas à se remémorer la liste des courses, mais n'avait pas de problème pour les souvenirs anciens. Il rencontrait moins de monde et était devenu casanier depuis son accident, mais il éprouvait du plaisir à retrouver les membres de sa famille et des amis d'enfance lors de ses vacances annuelles au Portugal. Il restait couché la journée pour éviter des douleurs dorsales et ne pouvait faire aucun effort physique. Lors de l'examen psychiatrique, qui avait duré une heure trente, le Dr F \_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré n'avait pas eu de comportement douloureux. Ce psychiatre a constaté que l'assuré était orienté dans le temps et l'espace. Il n'y avait pas de baisse de vigilance ni de la concentration, ni de dysfonctionnements cognitifs significatifs de la mémoire et de l'attention au vu de la précision de l'anamnèse présente et passée. La voix était monotone mais non ralentie, ce qui semblait relever davantage de la timidité que du ralentissement dépressif. L'assuré avait néanmoins eu les yeux embués à l'évocation du décès de son frère et de sa peur de mourir jeune. Il n'avait pas présenté de signes objectifs d'anxiété durant l'examen, tels que tremblements, transpiration, voix nouée, rituels de vérification. Il n'existait pas non plus d'idées délirantes ou de signes suggérant une activité hallucinatoire, d'anomalies du comportement, du discours ou de la pensée, de troubles ou cours de la pensée ni de phénomènes compatibles avec un syndrome d'automatisme mental. Le tableau clinique actuel était compatible avec une dysthymie mais non avec un épisode dépressif franc au sens de la CIM-10. En effet, les manifestations dépressives étaient essentiellement subjectives et il n'y avait pas vraiment de signes objectifs. Les douleurs chroniques sans grand substrat organique ne justifiaient pas le qualificatif de "somatoformes" car elles n'étaient pas apparues dans un contexte émotionnel

ou psychosocial particulièrement pénible, et la demande de soins n'était pas grande. Une certaine fragilité de la personnalité, sous forme de traits évitants et de timidité, peut-être consécutive au décès brutal du père au début de l'adolescence, était perceptible, mais on pouvait l'inclure dans la dysthymie. Il n'y avait toutefois pas d'évidence de vrai trouble de la personnalité au sens de la CIM-10, c'est-à-dire une biographie marquée par des problèmes relationnels et émotionnels à répétition depuis l'adolescence. La "fragilité psychologique" décrite par le Dr C\_\_\_\_\_ en 1994 correspondait selon toute vraisemblance au tableau actuel de dysthymie (dépressivité anxieuse chronique). Depuis 1994, il ne paraissait pas y avoir eu de franche amélioration ou d'aggravation significative de l'état de santé psychique. La dysthymie et la timidité ne devaient pas entraîner une baisse durable de la capacité de travail ni du rendement. De tels troubles étaient mineurs et leur traitement n'était pas impératif, bien qu'une approche psychothérapeutique puisse aider l'assuré dans son retour à la vie active s'il souhaitait prendre ce chemin. Au plan rhumatologique, la Dresse E\_\_\_\_\_ a également relevé que l'assuré était resté assis pendant une heure sans difficulté particulière et il n'était pas limité dans sa mobilité pour se déshabiller. Elle a noté qu'il n'avait plus guère consulté pour son dos depuis l'octroi de la rente, n'avait pas suivi de rééducation rachidienne et ne faisait plus du tout de physiothérapie. Il déclarait s'être habitué à son état douloureux et rester constamment couché, gérant sa médication antalgique et anti-inflammatoire en demandant au besoin une ordonnance à son médecin traitant qu'il voyait trois à quatre fois par an pour le contrôle de ses facteurs de risque cardiovasculaires. La description des symptômes était vague, les douleurs annoncées à une haute intensité, nécessitant le repos permanent et la prise d'un anti-inflammatoire. L'assuré avait indiqué en avoir ingéré un avant l'expertise, bien que le monitoring thérapeutique ne permette pas de déceler le médicament dans le sang, à un peu plus de trois heures de la prise. Si un seul contrôle du taux sérique n'était pas suffisant pour prendre de conclusions quant à la compliance, il n'en restait pas moins que l'assuré n'avait manifesté aucun signe extérieur de souffrance et une mobilité normale pendant plusieurs heures, malgré le taux très faible du médicament dans le sang. L'examen clinique avait révélé quelques dysbalances musculaires, mais aucune limitation de l'appareil locomoteur lors de l'observation. A la demande lors des tests actifs, l'assuré émettait des autolimitations inconstantes justifiées par ses douleurs. Ces discordances et ces phénomènes évidents d'amplification avaient requis des examens complémentaires radiologiques, qui s'avéraient dans les indices de normalité pour l'âge. Les séquelles de maladie de Scheuermann étaient modérées, il n'y avait pas de pincement discal mais une asymétrie isthmique de L5 unilatérale, sans que cela ne constitue de spondylolisthésis avec olisthésis significatif. La musculature des membres inférieurs était bien développée, avec des callosités plantaires marquées, ce qui était en contradiction avec les déclarations de l'assuré qui indiquait être constamment couché. Si l'on tenait compte des plaintes subjectives, il n'y avait guère d'amélioration. Une comparaison radiologique n'avait pu se faire, les radiographies anciennes ayant été détruites dans un incendie. Cependant, les conclusions de l'examen clinique étaient relativement superposables aux examens décrits par le médecin d'arrondissement de la SUVA à l'époque. Il n'y avait aucun argument pour rechercher une hernie discale compressive, telle que suggérée par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juin 1994, pas plus qu'un spondylolisthésis défini ni de signes d'instabilité segmentaire rachidienne significative. Il n'existait pas non plus de signe d'appel pour des douleurs sciatalgiques telles qu'évoquées par le Dr D\_\_\_\_\_. La rhumatologue a souligné que les constatations radiologiques d'une maladie de Scheuermann sont fréquentes dans la

population (8% des travailleurs), mais que ses manifestations cliniques sont variables, certains individus étant asymptomatiques. L'assuré présentait des critères modérés de Scheuermann, la cyphose était marquée mais son angulation restait dans les valeurs de la norme et les atteintes dégénératives associées étaient peu évoluées compte tenu de l'âge du patient. Les experts avaient encouragé l'assuré à être plus actif dans le contrôle de ses facteurs de risque cardio-vasculaire et à pratiquer une activité physique plus régulièrement. Au terme de leur examen, les experts ont posé les diagnostics suivants, en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail: maladie de Scheuermann modérée (M 42.0) et status après syndrome lombo-vertébral et contusion rachidienne en 1993. L'assuré souffrait en outre d'excès pondéral (R 63.2); d'hypertension artérielle traitée (I 10); de dysthymie (F 34.1) depuis une dizaine d'années, voire un peu plus, ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail. Du point de vue des limitations fonctionnelles, le port fréquent de charges de plus de 30 kg devait être évité. Si les plaintes annoncées en 1993 et 1994 avaient abouti à l'octroi d'une rente, il n'existait aucun argument pour admettre que l'activité antérieure n'était alors plus du tout exigible. Des mesures de réadaptation étaient exigibles et possibles depuis toujours, mais n'avaient pas abouti pour des raisons sortant du champ médical et difficilement explicables. Le fait que l'assuré ne consulte plus pour son dos et ne suive aucun traitement spécifique constituait un signe d'amélioration de l'état de son appareil locomoteur. Il pourrait dès lors travailler comme concierge et dans toute activité semblable avec des charges moyennes. En revanche, il aurait sans doute des difficultés à poursuivre une activité à plein temps dans le bâtiment, en raison du port de charges plus lourdes et de plusieurs années de déconditionnement physique. Il y avait lieu d'admettre une baisse de rendement de 50% sur les trois premiers mois d'une reprise professionnelle, compte tenu de l'âge de l'assuré et de la sarcopénie installée depuis sa longue période d'inactivité professionnelle. Dans son avis du 25 novembre 2010, la Dresse H\_\_\_\_\_, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a retenu une amélioration de l'état de santé au plan somatique. Il n'appartenait pas au SMR de définir si l'activité de maçon respectait les limitations fonctionnelles limitant le port de charges à 30 kg, mais l'avis des experts rejoignait celui du Dr C\_\_\_\_\_, pour qui une activité adaptée était exigible à temps complet. L'OAI a déterminé que le degré d'invalidité était de 21.7 % dans son calcul du 10 janvier 2011. S'agissant du revenu sans invalidité, il a tenu compte d'un salaire de 52'403 fr. en 1995 y compris le 13<sup>ème</sup> salaire, indiquant s'être référé à l'attestation de l'employeur, ce qui correspondait à 62'567 fr. après indexation jusqu'en 2009. Pour le revenu avec invalidité, il y avait lieu de retenir le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS, TA1, ligne Total), soit 61'240 fr. après indexation en 2009 et en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Après un abattement de 20 %, le revenu avec invalidité était de 48'992 fr. Le Service de réadaptation a encore noté que l'assuré ne se sentait pas prêt à reprendre une activité selon ses déclarations lors de l'expertise. Partant, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Une aide au placement pourrait être examinée sur demande écrite et motivée. En date du 7 mars 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, reprenant les conclusions du SMR faisant suite à l'expertise des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ainsi que le calcul du degré d'invalidité du 10 janvier 2011, et supprimant la rente dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. L'assuré a contesté la teneur du projet de décision par courrier du 11 avril 2011. Il a allégué que son état de santé n'avait pas évolué depuis son accident du 21 juin 1993 et qu'il était constamment sous

traitement depuis, comme cela ressortait des rapports du Dr B\_\_\_\_\_. Lors de la révision de la rente en juillet 2004, l'OAI avait du reste admis que son droit à la rente ne s'était pas modifié. En outre, son état psychologique était très préoccupant et son psychiatre relevait un état dépressif avec des idées suicidaires et d'importants troubles du sommeil. Il a joint un certificat médical du 29 mars 2011 du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, attestant qu'il avait vu l'assuré quatre fois au cours du mois de mars 2011. Celui-ci présentait un état dépressif avec idées suicidaires et un important trouble du sommeil, nécessitant l'introduction d'une médication antidépressive et hypnotique. Malgré l'amélioration partielle de son humeur, une hospitalisation en milieu psychiatrique pourrait être bénéfique et le Dr I\_\_\_\_\_ en réévaluerait l'opportunité au retour de l'assuré, qui se trouvait alors à l'étranger. Dans son rapport du 30 avril 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic F 33.3 existant depuis plusieurs années, mais constaté par ses soins seulement depuis le début du traitement en février 2011. L'assuré manifestait de la tristesse, du désespoir, une dévalorisation, des idées suicidaires. Il répétait en boucle que sa vie était en échec. Le pronostic était mauvais mais le suivi était "épars" car l'assuré était souvent au Portugal. Ce dernier pouvait cependant voir sa capacité de travail augmenter en tout cas à 50 % dès 2012 grâce au traitement psychiatrique. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Dans son avis du 17 mai 2011, la Dresse H\_\_\_\_\_ a relevé que l'état dépressif de l'assuré s'améliorait selon le Dr I\_\_\_\_\_. Il s'agissait dès lors d'une aggravation réactionnelle à la suppression de la rente et transitoire, ne modifiant pas les conclusions de l'avis du SMR du 25 novembre 2010. Le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état des limitations fonctionnelles suivantes dans un rapport adressé par l'assuré à l'OAI le 26 mai 2011 : pas d'activités qui soient uniquement assise ou debout, exercées en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation assise ou debout, sur une échelle, en montant les escaliers au-delà du 1<sup>er</sup> étage et impliquant le port de charges supérieures à 3 kg. La Dresse H\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur ce complément de rapport dans son avis du 22 septembre 2011. Elle a relevé que les limitations étaient compatibles avec une activité exercée à 100 %, et ne constituaient en aucun cas une aggravation de l'état de santé du recourant. Par décision du 26 septembre 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. L'assuré a interjeté recours par acte du 24 octobre 2011. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le pourcentage d'activité exigible, et au fond à l'annulation de la décision du 26 septembre 2011. Il allègue qu'il a divorcé le 15 avril 2011, et qu'il a déménagé au Portugal en octobre 2011. Il produit à cet égard le jugement de divorce prononcé au Portugal et l'attestation de l'OFFICE CANTONAL DE LA POPULATION selon laquelle il a quitté la Suisse. Il reproche à l'OAI d'avoir conclu que ses limitations fonctionnelles sont compatibles avec une activité exercée à plein temps, en se fondant uniquement sur les conclusions du SMR et en excluant celles des médecins traitants. Le stage d'observation professionnelle avait en outre à l'époque établi que l'assuré n'était pas reclassable, et le Dr B\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'il était totalement incapable de travailler et de rester assis ou debout. Le Dr I\_\_\_\_\_ et le Dr D\_\_\_\_\_ ont relevé des limitations fonctionnelles, et le récent divorce n'a fait qu'aggraver sa situation. Il est ainsi incompréhensible que le SMR conclue à une reprise de l'activité à temps plein alors qu'aucune amélioration notable de sa situation n'a eu lieu. La Cour de céans a transmis cette écriture à l'OAI par pli du 25 octobre 2011, en lui demandant de se déterminer tant sur l'existence de motifs de révision que de reconsidération de sa décision initiale d'octroi de

rente. Dans sa réponse du 22 novembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que tout changement de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité peut motiver une révision et justifier la suppression du droit à la rente. En l'espèce, la capacité de travail avait été considérée comme entière dans une activité adaptée lors de la décision initiale de rente du 23 septembre 1997, mais sa Division de réadaptation n'avait admis qu'une activité en atelier protégé, notant également que l'assuré ne faisait pas preuve d'une motivation suffisante pour se réinsérer dans le monde professionnel. Cependant, les informations récoltées à l'occasion d'un stage ne prévalent pas sur l'avis dûment motivé d'un médecin, conformément à la jurisprudence. L'entrée en force de cette jurisprudence constitue un premier motif de révision, dès lors qu'elle retient qu'un avis d'un centre d'observation professionnelle ne peut avoir le pas sur un rapport médical. De plus, l'avis du SMR du 25 novembre 2011 retient une claire amélioration de l'état de santé au niveau locomoteur. Les conditions de la reconsidération sont également remplies, dès lors que la décision de rente de 1997 était manifestement erronée puisqu'elle résulte d'une fausse constatation des faits, et sa rectification revêt une importance notable. Il n'est par ailleurs pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, la valeur probante des rapports médicaux devant s'apprécier selon les règles jurisprudentielles. Copie de cette écriture a été adressée à l'assuré le 25 novembre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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). Aux termes de l'art. 55 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. En l'espèce, le déménagement de l'assuré, survenu en cours de procédure de révision, n'a donc pas d'incidence sur la compétence de la Cour de céans, qui est établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, la LAI a subi plusieurs modifications entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (révision 6a), portant notamment sur l'accès des bénéficiaires de rentes aux mesures de réadaptation (art. 8a LAI). Cependant, la décision querellée a été rendue du 26 septembre 2011, de sorte que les dispositions législatives modifiées postérieurement à cette date ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445, consid. 1.2.1; ATF U 18/07 du 7 février 2007, consid. 1.2). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur le maintien de l'assuré à une rente, plus particulièrement sur l'existence d'un motif de révision ou de reconsidération. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur

bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1, ATF 128 V 174 ).

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75 , consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 , consid. 3b/aa).

c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier

salaires que celui-ci a perçus ne correspondent manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). d) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6). La reconsidération d'une décision est possible aux conditions suivantes. En vertu de l'art. 53 LPGA al. 2, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF 9C\_187/2007 du 30 avril 2008, consid. 4.3). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (ATF I 512/05 du 3 mai 2006, consid. 3). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATF I 790/01 du 13 août 2003, consid. 1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399, consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation, le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se

fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008, consid. 2; ATF 125 V 383, consid. 3). C'est la décision initiale d'octroi de rente qui fait l'objet de la reconsidération, même si elle a été confirmée lors de procédures de révision du droit à la rente (ATF 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2; ATF I 859/05 du 10 mai 2006, consid. 2). Le critère de l'importance notable est réalisé dans le cas de prestations périodiques même lorsque la correction porte sur une modification minime du montant de la rente (ATF 103 V 126, consid. 1a). Il sied en premier lieu d'examiner la valeur probante des différents rapports médicaux. L'expertise réalisée en 1994 par le Dr C \_\_\_\_\_ est conforme aux critères dégagés par le Tribunal fédéral, et sa teneur n'est d'ailleurs pas contestée par l'assuré. A l'issue de son examen, le Dr C \_\_\_\_\_ avait considéré celui-ci totalement apte du point de vue physique à exercer une activité sans efforts trop importants, et n'avait pas exclu catégoriquement la possibilité d'exercer une activité lourde, tout en réservant l'incidence d'éventuels troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré. S'agissant de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs F \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_, il apparaît qu'elle correspond également en tous points aux réquisits jurisprudentiels. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assuré et relate les plaintes de celui-ci. Les experts ont posé leurs diagnostics après des examens minutieux, complétés par des radiographies et leurs conclusions sont claires. Il y a donc lieu de reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. On ajoutera d'ailleurs que les conclusions de la Dresse E \_\_\_\_\_ sur l'incidence des affections somatiques de l'assuré sont plus ou moins superposables à celles auxquelles était parvenu le Dr C \_\_\_\_\_ en 1994. Les rapports médicaux dont se prévaut l'assuré ne suffisent pas à renverser les conclusions des experts. S'agissant de la rigidité de la colonne lombaire et des sciatalgies évoquées par le Dr D \_\_\_\_\_ en octobre 2009, l'experte rhumatologue ne les a pas observées lors de son examen. Par ailleurs, même s'il fallait retenir les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D \_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 mai 2011, quand bien même la Dresse E \_\_\_\_\_ ne les a pas constatées, elles ne sont pas d'une ampleur telle qu'elles rendent impossible la réinsertion de l'assuré. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives correspondant à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles alléguées que comprend le marché du travail en général (ATF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.3), il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est accessible sans formation spécifique à l'assuré. Quant aux rapports du Dr I \_\_\_\_\_, ils ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychique. Il convient en effet de souligner que le traitement auprès de ce psychiatre n'a débuté qu'au mois de mars 2011, soit à la date à laquelle l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision supprimant sa rente. Comme le souligne le SMR, les troubles manifestés alors par l'assuré semblent ainsi être d'ordre réactionnel. Il n'est de plus aucunement démontré qu'ils entraînent une incapacité de travail durable, le Dr I \_\_\_\_\_ lui-même évoquant la possibilité d'une amélioration significative de l'état de l'assuré dès 2012. La Cour de céans observe par ailleurs que ce psychiatre a évoqué un état dépressif avec des idées suicidaires dans son certificat du 29 mars 2011. Dans son rapport du 30 avril 2011, il s'est en revanche contenté d'indiquer le code F 33.3 à titre de diagnostic. Selon la CIM-10, ce code correspond à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Or, il est pour le moins étonnant que si l'assuré présente effectivement des troubles psychotiques, son psychiatre n'en ait pas fait état dans son premier certificat médical. On peut également

douter de la pertinence d'un tel diagnostic en raison du fait que le Dr I \_\_\_\_\_ n'en évoque aucune manifestation, mentionnant uniquement des symptômes tels que tristesse, désespoir, dévalorisation et idées suicidaires. Il paraît en outre singulier que l'assuré n'ait pas de suivi régulier malgré la gravité du diagnostic posé, et puisse voyager à l'étranger sans restrictions. Enfin, s'il est compréhensible qu'un divorce est de nature à compliquer sensiblement la situation d'un assuré, il s'agit-là d'un facteur étranger à l'invalidité. En effet, les troubles causés par des facteurs sociaux, qui sont appelés à disparaître en même temps que ces facteurs, ne donnent pas droit à une rente d'invalidité (ATF 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008, consid. 4.2). L'assuré se prévaut également des rapports du Dr B \_\_\_\_\_. Il affirme que ces rapports démontrent qu'il a été en traitement constant depuis 1994. On ne saurait le suivre sur ce point, les rapports du chirurgien étant espacés de plusieurs années et ne faisant pas état d'un suivi régulier. Par ailleurs, selon les déclarations que l'assuré a faites à l'expert, il consulte son médecin traitant une fois par trimestre avant tout en raison de problèmes cardiovasculaires, et non pour des troubles d'origine rhumatologique. Sur le fond, les rapports du Dr B \_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de la Dresse E \_\_\_\_\_. En effet, à l'instar du Dr C \_\_\_\_\_, le Dr B \_\_\_\_\_ avait retenu dans son rapport de juin 1994 qu'une activité légère sans trop d'efforts ni port de charge était adaptée pour l'assuré, ce qui démontre que sa capacité de travail n'était pas nulle à l'époque. Si ce chirurgien a par la suite fait état d'une aggravation des douleurs et de l'apparition d'une spondylolyse, l'examen de l'experte rhumatologue n'a pas permis de confirmer ces atteintes de sorte que l'aggravation retenue est erronée. On ajoutera de plus que les diagnostics posés en 1997 par le Dr B \_\_\_\_\_ sont sujets à caution, puisqu'il évoque une accentuation de la fibromyalgie alors qu'il n'avait auparavant pas posé de tel diagnostic, qui ne ressort d'ailleurs d'aucun autre rapport médical. Enfin, le dernier rapport du Dr B \_\_\_\_\_ remonte à 2004, et est donc très largement antérieur à celui de la Dresse E \_\_\_\_\_. Eu égard aux différents rapports médicaux, il s'agit de déterminer s'il existe un motif de reconsidération. Comme cela ressort des rapports établis en 1994 par les Drs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, voire selon le Dr C \_\_\_\_\_ d'une pleine capacité dans l'activité habituelle. Au vu des particularités de l'état psychique de l'assuré, le Dr C \_\_\_\_\_ a néanmoins préconisé une mesure d'observation. Les spécialistes en réadaptation ont également conclu à une pleine capacité de travail du point de vue théorique, soulignant notamment que les limitations physiques n'étaient pas flagrantes. Ils n'ont pas fait état de restrictions psychiques qu'ils auraient pu observer. Selon les conclusions du CIP, l'état de santé et les capacités de l'assuré ne présentaient pas d'obstacle à la réadaptation de l'assuré, seul un apparent défaut de motivation et des auto-limitations ayant empêché sa réinsertion. On soulignera par ailleurs que les craintes formulées par le Dr C \_\_\_\_\_ sur l'état psychique de l'assuré n'ont jamais été confirmées par une expertise psychiatrique, si bien que l'existence à l'époque d'une incapacité de travail liée à des motifs psychiatriques ne peut être considérée comme démontrée au degré de vraisemblance prépondérant usuel en assurances sociales (ATF 125 V 146, consid. 2c). Les collaborateurs de l'OAI ont certes signalé dans leur rapport d'avril 1997 que l'état psychique de l'assuré leur avait paru inquiétant. Une telle indication, posée sans autres précisions par des collaborateurs ne disposant pas d'une formation médicale, n'est pas non plus suffisante à établir une atteinte psychique. Enfin, l'assuré a indiqué aux experts en 2010 qu'il n'avait jamais bénéficié d'un traitement psychiatrique et n'en avait jamais ressenti le besoin, ce qui

tend à confirmer l'absence de troubles psychiques ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Le rapport de réadaptation d'avril 1997 retient certes une aggravation des troubles physiques de l'assuré, se fondant sur le rapport du Dr B\_\_\_\_\_. Or, comme on l'a vu plus haut, cette aggravation n'a pu être confirmée de sorte que l'appréciation de l'OAI était erronée. Eu égard à ce qui précède, il apparaît que c'est en dépit des conclusions contraires des médecins et des spécialistes de la réadaptation que l'OAI a considéré que l'assuré ne pouvait objectivement plus être employé qu'en atelier protégé. Par ailleurs, l'OAI n'a pas procédé au calcul de la rente conformément aux dispositions légales. Il fait en effet état dans sa décision du 23 septembre 1997 d'un taux d'invalidité de 80 %, sans indiquer comment il est parvenu à ce chiffre. Partant, sa décision se révèle manifestement erronée, tant parce qu'elle repose sur un état de fait inexact que parce qu'elle a été prise en violation des dispositions légales régissant le calcul du degré d'invalidité. L'OAI était ainsi fondé à revenir sur sa décision du 23 septembre 1997. Les conditions de la reconsidération étant remplies, il est superflu d'examiner s'il existe un motif de révision. Il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant en tenant compte de sa capacité de gain dans une activité adaptée. Selon l'attestation remplie en juin 1995 par X\_\_\_\_\_, SA, le revenu aurait été en 1995 de 4'031 fr. par mois, gratification de 8.33 % non incluse, ce qui correspond à un revenu annuel de 52'401 fr., presque identique aux 52'403 fr. retenus par l'OAI. Indexé à 2009 en fonction de l'Indice suisse des salaires, le revenu sans invalidité est ainsi de 62'521 fr., différant légèrement de l'indexation calculée par l'OAI (62'567 fr.) Pour le revenu d'invalidité, la référence au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives est conforme à la jurisprudence. Selon l'ESS 2008, ce revenu était en 2008 de 4'806 fr. par mois pour 40 heures hebdomadaires, 13<sup>ème</sup> salaire compris. Indexé à 2009 et en tenant compte de la durée normale de travail de 41.6 heures selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), ce revenu est de 61'239 fr. et de 48'891 fr. après abattement de 20 %. La comparaison entre ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 21.6 %. Il sied de souligner qu'en opérant une réduction statistique de 20 %, l'OAI est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Quoi qu'il en soit, même en procédant à l'abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité serait de 27 %, ce qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Un tel taux ouvre en revanche le droit à des mesures de reclassement, pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108, consid. 2b; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). La décision querellée ne porte cependant que sur le droit à la rente, sans statuer sur des mesures d'ordre professionnel. L'assuré ne prend d'ailleurs aucune conclusion tendant à l'octroi de telles mesures. Or, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164, consid. 2.1; ATF 125 V 413, consid. 1a et les références citées). Il appartiendra dès lors à l'assuré de requérir des mesures de reclassement, sur lesquelles l'OAI devra rendre une nouvelle décision. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté. L'assuré, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assuré. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière

de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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