

# GE\_GERICHTE A/3407/2014 vom 26. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3407\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3407_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3407/2014 du 26 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3407/2014 del 26 agosto 2015

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1959, d'origine portugaise, a travaillé dès mars 1985 en tant que maçon-coffreur. L'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison d'une hépatite alcoolique aiguë du 27 mai au 13 juin 1997. Les doctresses B\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et C\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont diagnostiqué une hépatite alcoolique (diagnostic principal), ainsi qu'une cirrhose alcoolique avec hypertension portale, des varices œsophagiennes de stade II, des troubles de la crase et une polyneuropathie des membres inférieurs (diagnostics comorbides). L'assuré a subi un sevrage durant ce séjour. Le 19 décembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en alléguant que son état de santé ne lui permettait plus de faire des efforts physiques. Le 19 mars 1998, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que l'incapacité de travail était complète depuis le 13 mai 1997. Dans un rapport reçu par l'OAI le 20 juillet 2000, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'avait plus vu l'assuré depuis le 13 janvier 2000. A son avis, un travail d'opérateur sur machine en horlogerie (travail assis) était exigible à 100 %. Dans un rapport du 28 juillet 2000, l'OAI a proposé de fixer le taux d'invalidité de l'assuré à 45 %. Il a noté qu'à la fin du stage organisé par l'OAI chez E\_\_\_\_\_ SA en novembre 1999, après une brève période de chômage, l'assuré y avait été engagé en tant qu'opérateur dès le 2 février 2000. Il n'avait toutefois effectué que cinq heures de travail, en expliquant que sa maladie lui faisait vivre des périodes difficiles, durant lesquelles il n'était pas en mesure de travailler. Il n'avait cependant fourni aucun certificat médical. Le calcul du degré d'invalidité se fondait sur le rendement observé durant le stage, soit 60 % sur un plein temps, ce qui représentait un revenu de CHF 16.10 par heure, soit CHF 30'912.- par année à raison de 40 heures par semaine. Selon les indications de l'ancien employeur, le salaire sans invalidité aurait été de CHF 56'184.- en 2000. Lors de son audition à l'OAI le 12 octobre 2000, l'assuré a expliqué qu'il avait interrompu le travail chez E\_\_\_\_\_ SA pour se rendre chez le docteur F\_\_\_\_\_, qui le suivait depuis. Dès le mois de juin, il avait également consulté un psychiatre, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Le 2 novembre 2000, le Dr F\_\_\_\_\_ a envoyé un rapport à l'OAI indiquant que l'assuré souffrait de lombosciatalgies, de céphalées, de vertiges, de varices, d'hépatopathie et de polyneuropathie. Il a confirmé l'incapacité de travail de 100 % dès le 2 février 2000 et de 50 % depuis le 3 juillet 2000. Dans son rapport du 16 novembre 2000, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif majeur

léger ( sic ). Le médecin a estimé que l'assuré ne présentait pas de trouble de la personnalité. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient de façon prépondérante l'affection actuelle, et les troubles psychiques étaient réactionnels à des événements de vie influençant grandement l'affection. L'aspect psychologique pouvait provoquer une incapacité de travail temporaire. L'assuré subissait une incapacité de travail de 50 % de façon indéterminée. Il présentait une irritation, une fatigue et des troubles du sommeil. ![endif]>![if> 10. Dans une note interne du 16 mars 2001, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au Service médical régional de l'AI (SMR) a estimé que malgré l'appréciation de son médecin, l'assuré avait démontré que son rendement pouvait atteindre 60 % en situation réelle. C'était donc ce taux minimum qui devait être pris en considération. Il a relevé que le docteur D\_\_\_\_\_ avait estimé la capacité de travail de l'assuré à 100 %.! [endif]>![if> 11. Par décision du 20 juillet 2001, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente dès le 1 er décembre 1999, retenant un degré d'invalidité de 45 %.! [endif]>![if> 12. Selon un certificat établi le 26 mai 2002 par le docteur I\_\_\_\_\_, les pathologies de l'assuré remontaient à 1997 et l'incapacité de travail était complète depuis lors.! [endif]>![if> 13. Dans un certificat du 3 juin 2003, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen entraînant une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 % .! [endif]>![if> 14. Le 8 octobre 2003, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente AI pour cas pénible dès le 1 er juin 2003. L'assuré s'est opposé à cette décision. ! [endif]>![if> 15. Saisi d'un recours contre la décision du 20 juillet 2001, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 12 novembre 2003 ( ATAS/206/2003 ) et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. Il a retenu en substance qu'en estimant la capacité résiduelle de travail de l'assuré à 60 %, l'OAI avait accordé une importance prépondérante aux observations résultant du stage effectué et que les nombreuses pathologies de l'assuré justifiaient un complément d'instruction.! [endif]>![if> 16. Par arrêt incident du 30 janvier 2004, l'OAI a suspendu l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 8 octobre 2003 jusqu'à réception du rapport du COMAI. ! [endif]>![if> 17. Suite à l'entrée en vigueur de la 4 ème révision AI, l'OAI, par décision du 3 mars 2004, a reconnu le droit de l'assuré à un quart de rente d'invalidité dès le 1 er janvier 2004, fondée sur un degré d'invalidité de 45 %.! [endif]>![if> 18. En application de l'arrêt du TCAS, l'OAI a mandaté le COMAI de Genolier et chargé les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, de procéder à l'expertise de l'assuré. Ces médecins ont rendu leur rapport le 1 er décembre 2004. Après avoir résumé le dossier de l'assuré, ils ont rapporté ses plaintes et relaté son historique personnel et familial. A l'issue des examens cliniques neurologique et psychique, complétés par un examen gastro-entérologique réalisé par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, les experts ont notamment relevé que la consommation d'alcool depuis l'enfance paraissait secondaire à une dépression. La thymie de l'assuré s'était aggravée dès fin 2002. Elle était pour l'heure effondrée, avec un épisode dépressif sévère associé à un syndrome somatique. L'assuré présentait en sus une détérioration psycho-organique vraisemblablement en lien avec la dépendance continue à l'alcool et une personnalité fruste. La capacité de travail était nulle depuis début 2003. Les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail étaient ceux d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), depuis fin 2002, et de troubles mentaux, neurologiques et du comportement liés à une dépendance à l'alcool, utilisation actuelle (F

10.24). Ces diagnostics entraînaient des limitations telles que troubles de la mémoire, polyneuropathie sensitive et motrice et syndrome cérébelleux statique. La capacité de travail était nulle au plan psychique. L'épisode dépressif sévère et la dépendance continue à l'alcool empêchaient toute adaptation à un environnement professionnel. Les experts ont indiqué au sujet des mesures médicales qu'un sevrage devrait être envisagé.!

19. À la demande du SMR, la Dresse L\_\_\_\_\_ a précisé par courrier du 20 avril 2005 qu'un sevrage était exigible, pour autant qu'il s'effectue en milieu hospitalier. !

20. Par décision du 3 mai 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité fondée sur un cas pénible du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2005 (garantie des droits acquis).!

21. Dans son avis du 3 mai 2005, la doctoresse N\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les experts avaient considéré que la capacité de travail était de 50 % avant janvier 2003. Ils avaient considéré qu'un sevrage était exigible. L'assuré présentant des capacités significatives pendant les périodes d'abstinence, le sevrage était exigible. En conclusion, il paraissait logique d'admettre qu'en période d'abstinence, la capacité de travail était de 60 %, comme constatée durant le stage, puisque les experts avaient considéré qu'elle était de 50 % jusqu'à fin 2002, alors que l'assuré avait recommencé à boire, puis nulle en raison de la dépression sévère. !

22. Par décisions du 24 novembre 2005, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente AI du 1<sup>er</sup> décembre 1999 au 30 avril 2000, une demi-rente AI du 1<sup>er</sup> mai 2000 au 31 mars 2003, puis une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2003.!

23. En juillet 2006, l'OAI, dans le cadre de la procédure inter-étatique, a invité les médecins de l'assuré à remplir le formulaire E 213 CH des Communautés européennes. Dans son rapport du 11 juillet 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ a qualifié l'état mental et l'humeur de l'assuré de bons. Ce dernier allait mieux et l'évolution était favorable. Il était capable d'exercer régulièrement des travaux légers. Le Dr I\_\_\_\_\_ a cependant indiqué qu'un travail adapté n'était pas possible et que l'invalidité était totale depuis le 29 octobre 2001. Une réadaptation médicale permettrait d'améliorer la capacité de travail. !

24. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 21 septembre 2006, l'assuré a indiqué que son état de santé était stationnaire et son incapacité de travail était totale. !

25. Dans son rapport du 6 novembre 2006 à l'attention de l'OAI, le Dr J\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Il souffrait d'une hépatite chronique sur alcoolisme (cirrhose hépatique avec stéatose sur hépatites B et C), de varices œsophagiques avec risque hémorragique, de lombalgies sur hernie discale, d'épisode dépressif moyen et d'alcoolisme chronique, actuellement abstinent. Ces diagnostics avaient une incidence sur sa capacité de travail, qui était nulle dans toute activité depuis 1997. La compliance était bonne. Les limitations fonctionnelles empêchant une reprise d'activité étaient une irritabilité, une fatigue, les difficultés à suivre un horaire régulier et les difficultés avec les charges lourdes. Les limitations psychiques entraînaient une incapacité de travail de 50 %.!

26. Le 6 novembre 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ a précisé que l'état de l'assuré était stationnaire. L'assuré présentait les affections suivantes : hépatite chronique sur alcoolisme, cirrhose hépatique avec stéatose sur hépatites B et C décompensée, splénomégalie, atrophie diffuse du pancréas, hernie hiatale avec reflux important à opérer, varices œsophagiennes avec risque hémorragique, vésicule biliaire hypotone hypokinétique avec des parois épaisses, cardiopathie ischémique avec status post-angioplastie pour sténose de l'artère interventriculaire antérieure et syndrome de Pick-Wick avec dyspnées nocturnes et au moindre effort, troubles circulatoires au niveau des membres inférieurs avec insuffisance veineuse, scoliose dextroconvexe antalgique avec diminution de la lordose lombaire physiologique, arthrose post-L5-S1, hernie discale L2-L3

et L5-S1 avec arthrose facettaire, lipomes dans les corps vertébraux 3-4 sacrés, arthrose cervicale entraînant des vertiges et des nausées, douleur costo-sternale du 6<sup>ème</sup> espace intercostal droit, status post-tuberculose, syndrome de fatigue chronique, problèmes psychiques familiaux et dépression grave. L'incapacité de travail était totale sans possibilité d'amélioration. Le Dr I\_\_\_\_\_ a coché toutes les limitations fonctionnelles dans le formulaire à cet effet, hormis celles liées au comportement inacceptable pour l'entourage. 27. Le SMR, dans un avis du 24 avril 2007, a relevé que l'atteinte à la santé était bien documentée et que les rapports des médecin et psychiatre traitants étaient concordants en novembre 2005 pour considérer l'état comme stationnaire. 28. Par communication du 2 mai 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé, de sorte que son droit à la rente ne s'était pas modifié. 29. En octobre 2009, la Commission paritaire de surveillance des métiers du gros œuvre et du second œuvre a communiqué à l'OAI, à sa demande, divers documents relatifs à un contrôle effectué le 5 novembre 2008 sur le chantier de rénovation d'un appartement. L'assuré était présent sur ce chantier, consistant à monter une cuisine. Il a déclaré donner un coup de main sans être rémunéré. Sur les photographies prises, l'assuré était en habit de travail. 30. Dans le questionnaire de révision du 17 décembre 2009, l'assuré a affirmé que son état de santé ne s'était pas modifié et qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative. 31. Le 11 mars 2010, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Une aggravation de sa santé était survenue le 17 décembre 2009. Le pronostic était réservé et la capacité de travail était nulle. L'assuré souffrait d'une dépression grave. Le médecin a énuméré les atteintes déjà annoncées dans son rapport du 6 novembre 2006. 32. Dans un rapport du 2 août 2010, le Dr J\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'assuré avait mis un terme au traitement le 26 juin 2008, de sorte qu'il n'avait pas d'informations actuelles. 33. L'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré à la Dresse L\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 25 octobre 2010, l'experte a résumé le dossier médical de l'assuré, qu'elle a complété par un entretien téléphonique avec le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui suivait l'assuré depuis février 2010. Elle a repris l'anamnèse de l'assuré. Elle a noté qu'il n'était plus abstinent à l'alcool depuis 2008. Il prenait irrégulièrement le traitement anti-dépresseur prescrit par le Dr O\_\_\_\_\_. L'assuré se plaignait notamment d'angoisses, de nervosité et de tremblements, d'une importante fatigue et d'un sommeil perturbé. Il évoquait des idées passives de mort et une absence de libido. Il relatait également une diminution de la concentration et une altération de la mémoire. Au status, la Dresse L\_\_\_\_\_ a observé un appauvrissement affectif, malgré des sourires et une animation par moments. La mimique et les gestes étaient conservés. Il n'y avait pas de fatigabilité objectivée, mais un ralentissement psychomoteur probablement secondaire à l'alcoolisation de l'assuré. Des ruminations étaient évoquées. La concentration était dans la norme. Parmi les troubles thymiques, la psychiatre relevait une déprime. La mémoire était diminuée, de même que l'énergie vitale, sans perte de l'initiative. Il n'y avait pas de symptôme physique objectivé. Un besoin d'étayage par autrui était présent. La sociabilité était décrite comme diminuée. Le discours était cohérent, sans trouble formel de la pensée. Aucun élément floride de la lignée psychotique n'était mis en évidence. Parmi les éléments de la lignée dépressive, l'assuré mentionnait une humeur dépressive avec une thymie légèrement abaissée, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie probablement en lien avec l'alcool, une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil. Ces symptômes

correspondaient tout au plus à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. L'experte n'a retenu aucun diagnostic psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F 10.25) et un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F 32.00), présent depuis 1997 (épisode dépressif sévère de fin 2002 à 2006). En synthèse, la Dresse L\_\_\_\_\_ a noté que la thymie s'était améliorée par rapport à l'expertise réalisée en 2004. L'assuré ne présentait pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, une psychose ou un trouble de la personnalité. La personnalité était fruste et peu différenciée, avec une intelligence cliniquement limitée. La compliance était mauvaise. La problématique majeure était la dépendance chronique à l'alcool, entraînant un ralentissement psychomoteur, une anhédonie et une démotivation. Cette dépendance avait un caractère primaire et se répercutait négativement sur la thymie. Elle n'entraînait pas de troubles mentaux et n'était pas incapacitante, pas plus que l'épisode dépressif léger. Les notes du 5 novembre 2008 infirmaient un épisode dépressif sévère à cette époque et montraient que dès 2008, l'assuré pouvait exercer une activité simple. Cependant, le pronostic de reprise était mauvais en raison de la démotivation et de l'attitude de l'assuré, qui relevaient de facteurs sortant du champ médical. Un sevrage avec médication aversive paraissait indispensable et était exigible. L'ancienne activité était encore exigible, à plein temps. Partant, des mesures de réadaptation étaient inutiles. Il n'y avait pas de diminution de rendement. L'incapacité de travail était de 50 % dès novembre 2006 (épisode dépressif moyen) à fin 2007 et nulle depuis 2008. L'OAI a confié une expertise au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 10 janvier 2011, contenant un résumé du dossier de l'assuré et son anamnèse médicale et personnelle, l'expert a noté l'absence de plaintes somatiques particulières de l'assuré. Ce dernier relatait une fatigabilité excessive, une nervosité, parfois de l'angoisse et un manque de courage, de force et d'énergie. Il a indiqué qu'il ne consultait plus le Dr O\_\_\_\_\_ depuis octobre 2010. L'assuré signalait des douleurs thoraciques, une dyspnée d'effort, des céphalées intermittentes, des paresthésies sous la plante des pieds, des lombalgies par intermittence et une ankylose fluctuante. Le Dr P\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique, qui a révélé des signes de polyneuropathie essentiellement sensitive, distale avec hypoesthésie des pieds malgré la conservation d'une bonne discrimination posturale. Il n'y avait pas d'ataxie significative ni de dysmétrie cérébelleuse. Du point de vue hépatique, le Dr P\_\_\_\_\_ relevait une hépatomégalie et une pointe de rate sans signe d'ascite. L'examen de l'appareil locomoteur était sans limitation et la tuméfaction des chevilles paraissait résulter d'un status variqueux bilatéral. L'expert a diagnostiqué une cirrhose éthylique Child-Pugh B dès 1997 et une polyneuropathie essentiellement sensitive distale des membres inférieurs, avec répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait également des lombalgies intermittentes non spécifiques et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, sans incidence sur sa capacité de travail. L'expert a relevé que les diagnostics évoqués par le Dr I\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 novembre 2006 n'avaient pas été commentés dans l'expertise de 2004 et ne trouvaient pas d'illustration dans le dossier. Les examens de laboratoire ordonnés par le Dr P\_\_\_\_\_ recherchant une hépatite B ou C s'étaient révélés négatifs. Les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ devaient ainsi être considérées avec circonspection. De plus, le suivi médical de l'assuré n'était pas connu avec précision car l'assuré n'avait pas revu ce médecin depuis plusieurs mois. La dépendance à l'alcool était sévère. L'assuré présentait certainement une cirrhose hépatique au stade Child-Pugh B avec une grave atteinte de la fonction de synthèse. Cette

situation était inquiétante et pouvait déboucher sur de graves complications mettant sa vie en danger. Un arrêt de la consommation était exigible et nécessaire. Tant que l'assuré buvait, il était inapte à exercer une activité rémunérée de manière régulière et à poursuivre des mesures de réadaptation. L'expert s'interrogeait sur l'opportunité de mesures de curatelle ou de placement à des fins d'assistance. Les limitations fonctionnelles, soit l'état général abaissé et le déconditionnement avec hypotrophie musculaire, laissaient présager d'une perte de rendement significative dans une activité lourde. La polyneuropathie des membres inférieurs rendait l'assuré inapte à exercer des activités dans le bâtiment, ce depuis 1997 et même s'il avait été surpris en 2008 à travailler dans une activité d'agencement de cuisine. Dans une activité adaptée, telle que celle d'opérateur en horlogerie, l'exigibilité était totale sans perte de rendement. La polyneuropathie n'était en effet pas handicapante dans une activité sédentaire avec port de charges uniquement légères. ![/endif]>![if> 35. Par courrier du 28 février 2011, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé à l'OAI que l'activité adaptée était exigible à 100 % depuis 1999.![endif]>![if> 36. Dans une note du 22 mars 2012, l'OAI a relevé que l'assuré s'était fracturé la clavicule gauche en 2012. Son état de santé ne lui permettait pas de suivre des mesures d'ordre professionnel.![endif]>![if> 37. Dans un rapport reçu le 16 mai 2012 par l'OAI, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état d'une dépendance à l'alcool avec complications somatiques (séquelles physiques et psychiques sévères), ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Ce médecin assurait un suivi alcoologique « palliatif », le pronostic restant sombre et les possibilités de réinsertion vaines. L'incapacité de travail était de 100 % depuis sa première consultation en novembre 2011. ![/endif]>![if> 38. Le 25 juin 2012, la doctoresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cirrhose hépatique Child C. L'incapacité de travail était totale depuis 1997. Elle a coché toutes les limitations fonctionnelles figurant dans la liste jointe au formulaire. ![/endif]>![if> 39. Par courrier reçu le 13 juillet 2012, la Dresse R\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI la lettre de sortie du service de gastro-entérologie des HUG, où l'assuré avait séjourné du 1<sup>er</sup> au 16 novembre 2011 en raison d'une décompensation cirrhotique ascitogène sur probable stéato-hépatite d'origine alcoolique au décours. Les diagnostics secondaires de varices œsophagiennes de stade II, de pancytopenie avec splénomégalie, de folliculite du dos et des jambes et de carence en acide folique avaient également été posés. Les médecins ne se sont pas prononcés sur l'incapacité de travail, l'assuré étant à l'AI.![endif]>![if> 40. Dans son rapport du 6 février 2013, la doctoresse S\_\_\_\_\_, médecin au service de gastro-entérologie des HUG, a diagnostiqué une cirrhose alcoolique et un status après fracture de la clavicule en février 2012, avec répercussions sur la capacité de travail. Le pronostic dépendait de l'abstinence à l'alcool. L'incapacité de travail était de 100 %. Concernant les questions sur l'activité exercée à ce jour, elle ne pouvait se prononcer sur les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, car elle ne l'avait pas revu depuis un an. Selon la Dresse S\_\_\_\_\_, l'activité exercée n'était plus exigible et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail. En novembre 2011, date de la première consultation, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles dans toutes les activités, sauf celles en position assise, les capacités d'adaptation et de compréhension étaient limitées (30 %) ainsi que les capacités de concentration et de compréhension (50 %). ![/endif]>![if> 41. Dans son avis du 14 février 2013, le docteur T\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé qu'il n'était pas possible de se prononcer sur le caractère durable de l'aggravation ascitogène de la cirrhose et a requis des rapports médicaux complémentaires. ![/endif]>![if> 42. Le 17 mai

2013, le docteur U\_\_\_\_\_ a fait suite à la demande de renseignement de l'OAI adressée à la Dresse R\_\_\_\_\_ en signalant que cette dernière était en congé maternité. L'assuré ne l'avait plus consultée depuis février 2012 et se trouvait à l'étranger.![endif]>![if> 43. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire au Portugal, a communiqué à l'OAI un document daté du 7 juin 2013 et traduit du portugais, établi par le docteur V\_\_\_\_\_, docteur en médecine, de la Policlínica Satao, qui a attesté suivre l'assuré pour sa pathologie hépatique chronique depuis le 10 mai 2013. L'assuré était abstinent à l'alcool depuis novembre 2011. Comme autres comorbidités, il a noté une hypertrophie de la prostate et un syndrome dépressif. Au plan clinique, il présentait un syndrome de fatigue chronique, des œdèmes accentués des membres inférieurs entraînant de grandes difficultés à marcher et une humeur déprimée.![endif]>![if> 44. Dans son avis du 11 juillet 2013, le Dr T\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr V\_\_\_\_\_ ne fournissait aucun renseignement sur une éventuelle aggravation de l'état de l'assuré.![endif]>![if> 45. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré dans une note du 7 octobre 2013. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, tableau 1, était de CHF 4'806.- pour 40 heures par semaine. Adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, le revenu était de CHF 59'979.- par an et de CHF 44'984.- après abattement de 25 %. Quant au revenu sans invalidité, correspondant au revenu de CHF 59'208.- selon le questionnaire de l'employeur du 19 février 1998, il s'élevait à CHF 68'132.- après indexation. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 34 %.![endif]>![if> 46. Le 28 mars 2014, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré aux termes duquel sa rente d'invalidité était supprimée dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Il s'est fondé sur les deux expertises médicales dont il ressortait que son état de santé s'était nettement amélioré depuis début 2008, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée à ses limitations.![endif]>![if> 47. Par courrier du 7 mai 2014, l'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de l'OAI. Il a allégué avoir subi une aggravation de son état psychique et de sa cirrhose. Il a joint une attestation du 17 avril 2014, d'un médecin de l'Hôpital de Curry Cabral à Lisbonne, service de transplantation hépatique, selon laquelle il était atteint d'une cirrhose d'origine alcoolique Child A et Meld 14, et était régulièrement suivi dans ce service et « soumis à une transplantation du foie ( sic )».![endif]>![if> 48. Le Dr T\_\_\_\_\_ s'est déterminé le 29 juillet 2014 sur le document produit par l'assuré. Il a relevé que la cirrhose de faible gravité ne pouvait justifier d'une atteinte hépatique sévère. Il n'existait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.![endif]>![if> 49. Par décision du 7 octobre 2014, l'OAI a confirmé la teneur de son projet, relevant que les observations de l'assuré ne permettaient pas de conclure à une aggravation de son état de santé selon le SMR.![endif]>![if> 50. Par écriture du 6 novembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au maintien du droit à une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation et le maintien d'une rente entière. Il a souligné que la Dresse L\_\_\_\_\_ se contredisait en qualifiant la dépendance à l'alcool de primaire en 2010, alors qu'elle avait considéré qu'elle était secondaire en 2004, et en affirmant désormais que cette dépendance n'était plus incapacitante et que les troubles psychiques n'empêchaient plus la réadaptation du recourant. De plus, l'intimé n'avait pas demandé de rapport au Dr O\_\_\_\_\_. Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ sur l'exigibilité d'activités sédentaires légères étaient irréalistes. Les nouveaux médecins du recourant

n'avaient pas été interrogés par l'intimé. Or, le docteur W\_\_\_\_\_ avait confirmé le diagnostic de cirrhose du foie avec nécessité de procéder à une transplantation. Le recourant était désormais suivi par le docteur X\_\_\_\_\_, psychiatre, qui confirmait le diagnostic de dépression chronique. Il a contesté une amélioration de son état de santé, en soulignant que l'expertise somatique en 2004 avait conclu à des atteintes physiques et des limitations fonctionnelles, dont l'incidence n'avait toutefois pas été examinée avec précision en raison de l'incapacité de travail totale pour motifs psychiques. Partant, l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante. De plus, l'intimé n'avait pas donné suite aux mesures d'instruction préconisées par le Dr T\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 février 2013, alors qu'il savait que le recourant était suivi par de nouveaux médecins. Pour cette raison, la décision de l'intimé devait être annulée. Même s'il fallait admettre une amélioration de la capacité de travail, il y aurait lieu de déterminer le droit à des mesures de réadaptation au vu des circonstances. Conformément à la jurisprudence, avant de réduire une rente d'invalidité, l'intimé devait déterminer si la capacité de travail résiduelle permettait une amélioration de la capacité de gain ou s'il était nécessaire de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle. Lors des travaux préparatoires de la modification récente de la législation, le Conseil fédéral avait souligné qu'il était prévu d'adopter une garantie des droits acquis pour les assurés âgés d'au moins 55 ans ou percevant une rente depuis plus de 15 ans, une réadaptation semblant de fait exclue pour ces personnes. Si cette disposition était applicable aux cas de suppression de rentes octroyées en raison d'un trouble somatoforme douloureux, elle n'en correspondait pas moins à la tendance actuelle. Or, le recourant, âgé de 55 ans et n'ayant plus travaillé depuis 1997, ne pourrait se réintégrer sur le marché du travail par ses propres moyens. Le stage de trois mois effectué en 1997 ne pouvait pallier l'absence de mesures de réadaptation. > Le recourant a produit les pièces suivantes à l'appui de son recours : - traduction d'un certificat médical établi le 23 octobre 2014 en portugais par le Dr W\_\_\_\_\_, indiquant que le recourant, actuellement abstinent, était suivi à l'hôpital. La seule guérison possible était une transplantation du foie. La maladie causait une fatigue chronique et le recourant présentait encore de considérables traits dépressifs et une forte anxiété. Il serait enregistré sur liste d'attente quand son MELD serait supérieur à 15 ou en cas de nouvelle complication grave décompensant la maladie et mettant en danger sa vie ; > - traduction d'un certificat en portugais du 3 novembre 2014 du Dr X\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, déclarant suivre le recourant pour un trouble dépressif chronique avec des caractéristiques dysthymiques, avec des références à de probables épisodes majeurs, une situation dysfonctionnelle et partiellement incapacitante. Au vu des multiples comorbidités organiques, le pronostic de chronicité de l'état dépressif était posé, le recourant étant incapable d'exercer une activité professionnelle. > 51. Le recourant a complété son recours par écriture du 9 janvier 2015 en persistant dans ses conclusions. Il a produit un rapport du 3 décembre 2014 du Dr X\_\_\_\_\_ et sa traduction, selon lequel il souffrait d'une perturbation dépressive d'évolution chronique, présente depuis fin 2012 avec des caractéristiques dépressives préalables. L'abus d'alcool avait une composante culturelle et familiale et une composante compensatoire de l'humeur dépressive. Le recourant présentait actuellement un épisode dépressif majeur avec verbalisation d'une idéation suicidaire qui justifierait éventuellement un internement. L'incapacité de travail était totale et le recourant ne pouvait travailler, même à temps partiel. Cette incapacité était irréversible. Le recourant a également produit un rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014 et sa traduction, signalant une cirrhose hépatique avec pour seul traitement une

transplantation hépatique. La maladie était incapacitante dans la profession de maçon et s'étendait à diverses activités. Elle était permanente. [endif]>[if> 52. Dans sa réponse du 23 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que c'était exclusivement l'état dépressif sévère qui avait justifié une incapacité de travail dès 2003. A l'époque, l'état dépressif avait été considéré comme une atteinte à la santé distincte et invalidante en tant que telle. La nouvelle expertise de la Dresse L \_\_\_\_\_ décrivant une amélioration notable de l'état de santé, il n'y avait aucun motif de critiquer l'issue de la procédure de révision. Le Dr P \_\_\_\_\_ avait quant à lui constaté l'absence de troubles neurologiques significatifs. Par ailleurs, le médecin traitant n'était plus le Dr O \_\_\_\_\_ mais le Dr X \_\_\_\_\_, et les informations données par ce dernier ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions de la Dresse L \_\_\_\_\_. L'évolution hépatique avait été instruite de manière complète. Enfin, les mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, le recourant se déclarant incapable de travailler. Quant à son âge, il était loin du seuil d'environ 60 ans dès lequel la jurisprudence admettait que la réinsertion professionnelle était impossible. [endif]>[if> L'intimé a joint l'avis du 2 février 2015 du Dr T \_\_\_\_\_. Ce dernier a relevé que le Dr W \_\_\_\_\_ confirmait que la cirrhose ne présentait pas de critère de gravité. Quant au Dr X \_\_\_\_\_, il ne fournissait aucun argument permettant de s'écarter des conclusions précédentes. 53. Par courrier du 10 avril 2015, le recourant a informé la chambre de céans qu'il n'avait pas d'observations complémentaires. [endif]>[if> 54. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé le 15 avril 2015. [endif]>[if> 55. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. [endif]>[if> 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]>[if> 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à supprimer, à l'issue de la procédure de révision, la rente entière d'invalidité du recourant, singulièrement si l'état de santé de ce dernier s'est amélioré dans une mesure excluant tout droit à la rente. [endif]>[if> 5. 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).! [endif]> [if> En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). [endif]> [if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique ( psychische Fehlentwicklungen ), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 7. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance

(arrêt du Tribunal fédéral 9C\_706/2012 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 3.2, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2).! [endif]>! [if> 8. En vertu de l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).! [endif]>! [if> 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Conformément à l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. Enfin, selon l'art. 88 bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet: au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a); rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b). 9. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).! [endif]>! [if> 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 10. Pour savoir si l'état de santé, respectivement la capacité de gain, du recourant s'est amélioré, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la dernière révision entrée en force avec ceux prévalant lors de la décision querellée. En l'occurrence, à l'issue de l'instruction menée dans le cadre de la première révision, l'intimé avait examiné le degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé, de sorte que le droit à la rente n'était pas modifié conformément à la communication du 2 mai 2007. Partant, c'est cette date qui est déterminante comme point de départ pour la révision, ce qui ressort d'ailleurs de la décision litigieuse. > Il convient en l'espèce de se pencher sur les expertises psychiatrique et de médecine interne diligentées par l'intimé. S'agissant du rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_, on soulignera en premier lieu que la critique du recourant sur les divergences entre les première et deuxième expertises de cette spécialiste est fondée. En effet, cette dernière qualifie désormais de primaire l'alcoolisme du recourant - au demeurant sans étayer cette appréciation. Ce faisant, elle revient sans explications sur son premier avis, selon lequel il s'agissait d'une affection secondaire. Eu égard aux circonstances, et quand bien même le recourant est actuellement sobre, il s'agit d'une contradiction centrale qui suffit à susciter des doutes sur la valeur probante de la dernière expertise psychiatrique. De

plus, on comprend mal sur quels éléments la Dresse L\_\_\_\_\_ se fonde pour admettre une capacité de travail totale au plan psychique dès 2008. Elle a certes indiqué que les notes du 5 novembre 2008 « infirmaient un épisode dépressif sévère à cette époque ». Or, le rapport de la Commission paritaire mentionne l'activité du recourant sur un seul chantier durant une journée. Si un tel élément peut certes constituer un indice en faveur d'une amélioration de l'état dépressif, pris isolément, il ne suffit nullement à y conclure de manière aussi catégorique que le fait la Dresse L\_\_\_\_\_. Par ailleurs, même à supposer que tel fût le cas, la chambre de céans relève que ce rapport est daté de novembre 2008 et ne permet ainsi pas de retenir une amélioration de l'état de santé dès début 2008, sans autre motivation. Or, la tâche de l'expert est de faire part de ses constatations du point de vue médical. De surcroît, le diagnostic de troubles mentaux, neurologiques et du comportement liés à une dépendance à l'alcool, utilisation actuelle (F 10.24) a été posé en 2004 mais ne figure plus dans les diagnostics retenus par la psychiatre à l'issue de sa seconde expertise, sans qu'elle n'indique si et quand cette atteinte aurait disparu, ou qu'elle se prononce sur l'incapacité de travail que peuvent engendrer de tels troubles. Son expertise est ainsi contradictoire et lacunaire, et ne peut donc se voir reconnaître de valeur probante. Quant à l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, selon laquelle une activité adaptée était exigible à 100 % depuis 1999, elle appelle les commentaires suivants : l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2004 s'est certes focalisée sur les troubles psychiques du recourant, puisque ceux-ci étaient suffisants à admettre une incapacité de gain totale. Elle ne contenait ainsi pas de conclusions sur la capacité de travail au plan somatique. Il n'en reste pas moins que des limitations telles que troubles de la mémoire, polyneuropathie sensitive et motrice et syndrome cérébelleux statique ont été posées. Or, le Dr P\_\_\_\_\_ ne se prononce guère sur ces limitations. Il tient bien compte de la polyneuropathie sensitive, admettant qu'elle ne permettait pas de reprendre une activité dans le bâtiment. En revanche, il ne donne aucune explication sur le fait qu'il ne retient pas de syndrome cérébelleux statique, pourtant évoqué en 2004, alors qu'il est précisément déterminant de savoir dans le cadre d'une révision si et à quelle date une amélioration durable de l'état de santé et des limitations fonctionnelles est survenue. On peut au demeurant se demander si le Dr P\_\_\_\_\_, en admettant une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès 1999 du point de vue somatique, ne procède en réalité pas à une nouvelle appréciation d'un état de fait identique, ce qui ne suffit pas à reconsidérer une décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/04 du 14 avril 2005 consid. 3.2). Enfin, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une cirrhose avec une grave atteinte de la fonction de synthèse, situation qu'il a qualifiée d'inquiétante, en précisant que cette atteinte avait des répercussions sur la capacité de travail. Il a également noté un état général abaissé et un déconditionnement avec hypotrophie musculaire. Au vu de ces éléments, il apparaît pour le moins contradictoire qu'il tienne uniquement compte de la polyneuropathie des membres inférieurs pour évaluer la capacité de travail du recourant et déterminer quelle activité serait adaptée, sans se prononcer précisément sur les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail ou de gain éventuellement entraînées par la cirrhose. Partant, ses conclusions ne sont pas convaincantes. Par ailleurs, outre les carences de chacune des expertises relevées ci-dessus, compte tenu de la nature des troubles du recourant et de l'incidence de la neuropathie sur sa capacité de travail, l'intimé aurait dû procéder à une expertise neurologique, dont il avait d'ailleurs reconnu la nécessité en 2004. De plus, l'intimé ne pouvait se dispenser de diligenter une expertise pluridisciplinaire. En effet, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation

globale, généralement au moyen d'une expertise pluridisciplinaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 207/04 du 23 juin 2004 consid. 7). En l'espèce, un consilium se justifiait, notamment compte tenu des interférences entre les différentes pathologies. Le Dr P \_\_\_\_\_ a en effet soutenu que tant que l'assuré continuerait à boire, il serait inapte à exercer une activité rémunérée de manière régulière. Partant, il était essentiel que les experts apprécient la capacité de travail de manière consensuelle, notamment après avoir exposé de manière circonstanciée si l'alcoolisme était de nature primaire ou secondaire. Enfin, l'intimé n'a pas instruit suffisamment la question des complications postérieures à l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_ et le Dr T \_\_\_\_\_ semblait d'ailleurs considérer qu'il était impossible de se prononcer sur leur caractère durable sans instruction complémentaire. Le recourant, qui paraît être désormais suivi au Portugal, a certes produit plusieurs certificats dans le cadre de son recours. Eu égard à la piètre qualité de leur traduction, ces documents ne suffisent cependant pas à conclure que l'état de santé du recourant aurait évolué de manière positive ou au contraire à exclure que la dégradation de son état de santé, soit la décompensation cirrhotique survenue en novembre 2011, aurait eu des conséquences durables. La chambre de céans constate encore que l'intimé a également fait fi des autres rapports médicaux figurant au dossier, aussi bien ceux émanant des gastro-entérologues des HUG, que ceux des médecins portugais, qui font état de nombreuses limitations fonctionnelles sur le plan physique et de capacités amoindries sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail totale. Ces éléments étaient pourtant de nature à jeter un doute quant aux conclusions des experts qui datent au demeurant de plus de trois ans. Compte tenu de tous ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré durablement dans une mesure excluant le droit à la rente depuis la dernière décision de révision. Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Au vu des carences des expertises ordonnées par l'intimé, et notamment de l'absence d'un volet neurologique, un renvoi se justifie. L'intimé devra diligenter une expertise pluridisciplinaire qu'il confiera à un psychiatre, un neurologue et un spécialiste en médecine interne, qui devront se prononcer - cas échéant en requérant l'avis d'un gastro-entérologue - de manière consensuelle sur l'évolution de l'état de santé, respectivement la capacité de travail et de gain du recourant. 11. Au vu des circonstances, la chambre de céans se doit en outre de rappeler qu'avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée

d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5 et 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références). En l'espèce, le recourant remplit les conditions prévues par la jurisprudence, puisqu'il était âgé de 55 ans au moment de la décision de l'intimé de supprimer la rente. Le fait que le recourant ait pu déclarer, dans les circonstances particulières des expertises, qu'il ne se sentait pas apte à travailler, ne suffit en particulier pas à nier le droit à des mesures de réadaptation sans autre examen. Ce d'autant que le recourant avait expliqué au collaborateur de la réadaptation professionnelle qu'il venait d'être victime d'une fracture de la clavicule gauche ayant nécessité une ostéosynthèse et qu'il avait d'importants problèmes de mémoire. Le cas échéant, en fonction des conclusions de l'expertise, l'intimé devra tenir compte de ce qui précède avant de supprimer la rente du recourant. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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