

## **GE\_GERICHTE A/576/2009 vom 31. August 2009**

GE Cour de justice, 2009-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_576\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_576_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/576/2009 du 31 août 2009

IT: GE\_GERICHTE A/576/2009 del 31 agosto 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 31.08.2009  
A/576/2009

A/576/2009 ATAS/1087/2009 du 31.08.2009 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 26.10.2009, rendu le 27.04.2010, REJETE, 9C\_886/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/576/2009 ATAS/1087/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 31 août 2009 En la cause Monsieur G\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur G\_\_\_\_\_, ressortissant italien né en octobre 1967, est arrivé en Suisse en mai 1988. Il y a exercé les activités de maçon à titre principal et de nettoyeur et d'agent de sécurité à titre accessoire. En date du 31 mars 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'un accident professionnel (chute dans une cage d'escalier le 17 juin 1999), dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents, la SUVA. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a à ce titre réuni diverses attestations médicales, notamment celles issues du dossier de l'assurance-accidents. Du 11 janvier au 23 février 2000, l'assuré a fait un séjour à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA. Dans un rapport du 15 mars 2000, les médecins ont diagnostiqué une fracture tassement D7 sans atteinte neurologique le 17 juin 1999, des dorsalgies chroniques et un psoriasis cutané. Actuellement, l'assuré était incapable de reprendre son métier de maçon, mais la situation devait être réévaluée dans les six semaines après son retour à domicile. L'assuré avait fait l'objet d'un consilium psychiatrique qui avait conclu à un statut psychiatrique normal. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une psychopathologie significative quelconque. Dans un rapport du 14 mars 2000 à l'attention de l'assurance-invalidité, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué une fracture D7. L'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 17 juin 1999, date de l'accident. L'état de santé était stationnaire. Dans un rapport final du 30 mai 2000, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'assuré n'était plus capable de faire un travail de force, de soulever des poids, de travailler en section du tronc. Sa capacité de travail comme maçon était donc compromise à l'avenir. Une autre activité professionnelle était possible. Celle-ci devait être sédentaire, sans port de charges, avec des changements de positions fréquents. Dans un rapport à l'attention de l'assurance-invalidité du 9 septembre 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé était stationnaire. Une activité sans charge et sans déplacement pouvait être possible à 50 %. Du 11 février au 12 mai 2002, l'assuré a suivi un stage de réadaptation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le CIP). Dans un rapport du 18 avril 2002, le responsable du CIP a indiqué que le stage avait dû être

interrompu en raison d'un arrêt de travail. Il proposait une évaluation psychiatrique car selon le médecin du CIP, le problème orthopédique ne justifiait pas d'incapacité de travail. Par décision du 7 janvier 2003, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité d'un degré de 39 %. Cette décision a été contestée par l'assuré et, par décision sur opposition, la SUVA a porté le taux de la rente à 40 %. En date du 4 février 2003, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité à Lausanne (ci-après le COMAI). Dans un rapport du 4 novembre 2003, les experts ont diagnostiqué des dorsalgies persistantes suite à une fracture accidentelle de D7 le 17 juin 1999, des troubles anxieux et dépressifs mixtes, des troubles mixtes de la personnalité et un syndrome d'apnée du sommeil non traité. La capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon. Dans un contexte de douleurs chroniques survenant chez une personnalité fragile, décompensée, la capacité de travail raisonnablement exigible était de l'ordre de 50 %. Un traitement psychiatrique sous forme de psychothérapie pourrait être utile afin de tenter d'améliorer l'image que l'assuré pouvait avoir de lui-même. Cependant les chances de succès d'un tel traitement seraient vraisemblablement limitées par les traits de personnalité à composante narcissique et paranoïaque. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle légère à un taux de 50 % restait réservé en raison de la personnalité de l'assuré, qui rendait des mesures thérapeutiques difficiles. Dans un avis sans examen clinique du 16 décembre 2003, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a relevé que l'assuré pourrait physiquement travailler à 75 % dans un poste adapté mais qu'en raison des troubles psychiques, la capacité de travail était estimée à 50 %, depuis septembre ou octobre 2001. Une prise en charge psychiatrique était recommandée ainsi qu'une révision de la rente dans les trois ans. Par décision du 2 décembre 2004, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er juin 2000. Le degré d'invalidité était issu d'une comparaison des revenus avant invalidité de 80'200 fr. et après invalidité de 23'433 fr. dont il découlait un degré d'invalidité de 72 % donnant droit à une rente entière d'invalidité. Il était précisé que le degré d'invalidité était de 100% du 17 juin 2000 au 11 novembre 2001. En novembre 2006, l'OCAI a initié une procédure de révision de la rente. Dans un rapport du 20 février 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du patient était resté stationnaire. Les diagnostics étaient les suivants : des dorsalgies chroniques et un trouble anxieux. Il n'y avait pas de reprise de travail envisageable actuellement. Il n'y avait aucun traitement en cours. Dans un rapport du 19 novembre 2007, le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Il n'y avait pas de troubles de la personnalité, pas de trouble bipolaire ni de troubles hyperactifs avec déficit de l'attention. L'assuré était venu le consulter depuis le 4 juin 2007, sur demande du gestionnaire de l'assurance-invalidité. Le psychiatre a formulé les constatations suivantes : "Symptomatologie anxio-dépressive homogène et légère, chronique et non traitée". Le patient le consultait dans un cadre purement assecurologique. Une activité de type surveillance/sécurité était envisageable. En date du 7 février 2008, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après le BREM). Dans leur rapport du 20 mars 2008, les Drs P\_\_\_\_\_, rhumatologue, et Q\_\_\_\_\_, psychiatre, ont diagnostiqué des dorsalgies chroniques suite à une fracture tassement de D7 (1999). Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : trouble anxieux et dépressif mixte présent depuis 2000, obésité, élongation du ligament latéral du genou droit et

psoriasis en goutte. La capacité résiduelle de travail était entière avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de station debout de plus d'une heure, pas d'emploi avec un risque de chute, pas de positions prolongées en flexion du torse; le poste de travail devait en outre permettre les changements de positions fréquents. Les activités de maçon et de nettoyeur n'étaient plus adaptées mais une activité de "sécurité" avec rondes de surveillance pouvait être pratiquée à temps complet. Au plan psychique, d'avril 2003 à fin 2003, l'incapacité de travail était de 50%. Dès 2004, il y avait une diminution progressive de l'incapacité de travail. Dès le début 2005, il n'y avait plus d'incapacité de travail. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais en raison du fait que l'assuré s'estimait en totale incapacité de travail, lesdites mesures étaient vouées à l'échec. Il faudrait en outre tenir compte dans les 6 premiers mois d'une diminution de rendement de 30 à 40% explicable par la difficulté à retrouver un rythme de travail adéquat après 8 ans d'arrêt de travail. Les experts ont formulé les remarques suivantes sur le plan psychique : "Ce n'est qu'en juin 2007, sur pression de l'assurance-invalidité que l'assuré a pris contact avec le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre. Il n'a vu ce confrère qu'à trois reprises et a cessé les consultations depuis novembre 2007, n'en voyant pas l'utilité. De même, l'assuré n'a justifié d'aucun traitement antidépresseur ou anxiolytique jusqu'à ce jour. Lors de l'expertise, l'assuré présente un trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité légère, n'interférant pas avec la capacité de travail. Des traits narcissiques et paranoïaques de personnalité sont présents, sans que l'on ne puisse retenir un diagnostic de trouble de la personnalité. Ces traits n'induisent pas de comportement pathologique au quotidien. Des discordances sont présentes entre les douleurs évoquées et ce qui est objectivé durant l'examen. Les 15 premières minutes d'entretien, l'expertisé se montre démonstratif, très algique, grimace de douleurs puis "oublie" ses douleurs, sauf lorsqu'elles sont évoquées par l'expert. Lors de l'examen, l'assuré se montre suggestible et tend à augmenter ses symptômes, sans manifester de détresse psychique évidente. (...) Sur le plan psychique, la situation s'est améliorée depuis 2003, permettant une capacité de travail entière à ce jour". Dans un avis sans examen clinique du 14 avril 2008, le SMR a retenu que l'assuré présentait une totale capacité de travail tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. L'assuré se plaignait d'importantes douleurs, mais les experts avaient retenu qu'il pouvait parfaitement prendre le train durant de nombreuses heures pour aller en Calabre, tous les mois, et il y avait une nette discordance entre ses plaintes et les observations. L'assuré présentait une incapacité totale de travail dans l'activité de maçon, mais en revanche dans une activité légère, limitant le port de charges à 5 kilos, évitant la position statique debout de plus d'une heure et dans une activité permettant d'alterner les positions ainsi qu'en l'absence de positions en porte-à-faux du tronc, la capacité de travail était entière depuis la fin 2003. L'assuré étant au bénéfice d'un CFC de maçon, des mesures professionnelles devaient être mises en place rapidement. Du 25 août au 21 septembre 2008, l'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI). Le rapport du 12 novembre 2008 indique que l'assuré a présenté une diminution de sa capacité de travail dès la deuxième semaine et une incapacité totale de travail dès la troisième semaine. Le chef de secteur a conclu que l'assuré n'était pas dans une démarche de réadaptation et constatait une importante divergence entre la réalité et ce qu'écrivait le médecin traitant. La mesure était biaisée et totalement inefficace. Par projet de décision du 3 décembre 2008, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision. Une capacité totale de travail avait été retenue dans une profession adaptée et la

comparaison des revenus sans invalidité de 83'595 fr. et avec invalidité de 54'203 fr. entraînait un degré d'invalidité de 35 %, ne donnant pas droit à une rente. Par décision du 19 janvier 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du 19 février 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à la confirmation de son degré d'invalidité de 75 % et de son droit à une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il lui était reproché de ne pas avoir été suivi sur le plan psychiatrique alors même qu'il n'était aucunement établi qu'un traitement dans ce domaine aurait amélioré sa capacité de gain. Il a contesté que sa situation se soit modifiée depuis l'octroi de la rente en 2004 ; dès lors la révision était mal fondée. Dans sa réponse au recours du 20 mars 2009, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'expertise bidisciplinaire, qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies. En tout état de cause, il ressortait que sur le plan psychique l'assuré n'avait pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible de lui pour réduire son incapacité de travail. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, leurs conditions d'octroi dépendaient de la capacité objective et subjective de l'assuré à être réadapté. Or, il ressortait du dossier que le recourant n'était subjectivement pas en état de suivre de telles mesures avec succès. Son engagement s'était avéré insuffisant et son comportement inadéquat, ce qui avait amené à un arrêt prématuré de la mesure d'orientation professionnelle. Quoi qu'il en était, le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Dans une réplique du 20 avril 2009, le recourant a mis en doute la qualité des experts l'ayant examiné, soit particulièrement leur neutralité et leur indépendance. Il s'est demandé combien d'assurés seraient encore sacrifiés sur l'autel de la réalité économique. Quoi qu'il en était, l'OCAI cherchait par le biais d'une apparente révision à revenir sur une décision qui ne lui convenait plus, compte tenu de la nouvelle politique d'entreprise de cette assurance sociale. Cela ne constituait en aucun cas un motif suffisant pour revoir une rente d'invalidité. Quant aux mesures de reclassement, c'était son état de santé qui ne lui avait pas permis de poursuivre cette mesure. Enfin, le recourant a sollicité préalablement l'audition de son médecin traitant, puis la mise en œuvre d'une expertise auprès de l'Institut universitaire de médecine légale. Enfin, il a produit une attestation du Dr L \_\_\_\_\_ du 23 février 2009, selon laquelle sa situation clinique était toujours la même et que ce médecin ne savait pas sur quelle base l'assurance-invalidité s'était appuyée pour modifier son "état d'invalidité". Dans une duplique du 7 mai 2009, l'OCAI a précisé que la révision de la rente s'était faite sur la base de considérations médicales découlant de l'expertise. Enfin, le courrier du médecin traitant du 23 février 2009 n'apportait aucun élément permettant de revoir la décision. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16

décembre 2005). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 19 janvier 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure. a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité en décembre 2004 avec effet au 1er juin 2000) peut être réexaminée par la voie de la révision. b) Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGa n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). c) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGa). 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). d) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : "L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière." Chez les

assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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. A cet égard, il importe 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la

forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment du Dr L\_\_\_\_\_, des avis du SMR et deux expertises pluridisciplinaires, l'une rendue en novembre 2003, sur la base de laquelle la rente d'invalidité avait été octroyée et l'autre de mars 2008 effectuée dans le cadre de la procédure de révision. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise de mars 2008. Les experts ont examiné toutes les pièces du dossier et ont posé une anamnèse détaillée. Ils ont pris en compte les plaintes de l'expertisé, se sont livrés à une discussion et ont répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui leur étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, leurs conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Au demeurant, le médecin psychiatre que le recourant est allé consulté dans le cadre de la procédure de révision, qui n'est pas expert, mais bien médecin traitant, a également conclu à une absence de pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur le capacité de travail. Enfin, les considérations générales du recourant sur les compétences de la Dresse Q\_\_\_\_\_, experte, sont dénuées de valeur juridique; elles ne constituent d'ailleurs pas un motif de récusation et ne sont pas de nature à jeter un doute sur la qualité de l'examen psychiatrique ni sur les conclusions de cette experte. Par ailleurs, le Dr L\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause la valeur des conclusions des experts. Il se contente d'ailleurs d'indiquer que la situation clinique de son patient est toujours la même, sans apporter aucun élément pour justifier son opinion. Enfin, le recourant n'a eu aucun suivi et traitement psychiatrique ces dernières années, ni psychothérapeutique, ni médicamenteux, ce qui confirme l'absence de pathologie psychiatrique depuis 2005. Ainsi, les conclusions claires et convaincantes des experts seront suivies par le Tribunal de céans. Dès lors il y a lieu de tenir pour établi que le recourant

présente depuis 2005 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle d'agent de sécurité, par exemple. a) Au vu de ce qui précède, il y a maintenant lieu de déterminer le taux d'invalidité du recourant pour établir s'il a encore droit à une rente d'invalidité en comparant les revenus sans et avec invalidité. b) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). Or, la révision au sens de l'art. 41 LAI ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré. c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 ). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'espèce, est déterminante pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus l'année 2009, année de suppression du droit à la rente. Toutefois, les données statistiques de l'année 2009 n'étant pas encore disponibles, l'année 2008 sera prise comme référence. Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte les revenus issus de la décision initiale de l'OCAI (basés sur les attestations des trois employeurs du recourant), décision entrée en force. Le revenu annuel sans invalidité ascendait ainsi à 77'598 fr. en 2001. Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 85'349 fr. 60 pour l'année 2008. Pour calculer le revenu après invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples en 2006, à savoir 4'732 fr. par mois ou 56'784 fr. par an (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4; nota bene : les ESS 2008 ne sont pas encore disponibles). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée

hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007, ce montant doit être porté à 59'197 fr. 30 (56'784 : 40 x 41,7; La Vie économique, Tableau B9.2). Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels 2008 (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 61'489 fr. 90 pour 2008. L'abattement de 10% retenu par l'intimé compte tenu des limitations que présente le recourant est conforme à la jurisprudence (cf. ATF du 10 avril 2006, U 12/05) et ne prête pas flanc à la critique. Compte tenu de cette réduction, le salaire après invalidité s'élève à 55'340 fr. 90. La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité ([85'349 fr. 60 – 55'340 fr. 90] x 100 / 85'349 fr. 60) conduit à un degré d'invalidité de 35,15 %, n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, il convient de relever que l'OCAI procédant à une comparaison des revenus est arrivé au même degré d'invalidité. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'état de santé du recourant s'est amélioré et que c'est à bon droit que l'intimé a procédé à une révision de la rente. Aux termes de la comparaison des revenus avant et après invalidité, l'assuré n'a plus droit à une rente. Ainsi, le recours mal fondé sera rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Il sera condamné à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1 bis LAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN Le président suppléant Georges ZUFFEREY La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER 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.