

GE_GERICHTE A/704/2010 vom 5. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_704_2010

FR: GE_GERICHTE A/704/2010 du 5 avril 2011

IT: GE_GERICHTE A/704/2010 del 5 aprile 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.04.2011
A/704/2010

A/704/2010 ATAS/362/2011 du 05.04.2011 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/704/2010 ATAS/362/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 5 avril 2011 8ème Chambre En la cause Monsieur T_____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur T_____ (ci-après : le recourant), né en 1959, marié et père de deux enfants nés en 1985 et 1989, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 8 octobre 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Sa demande était motivée par les suites d'un accident survenu le 18 janvier 1999 ayant atteint son genou droit. Le recourant est né au Kosovo où il a effectué sa scolarité et une formation dans le domaine de la sécurité, avant d'arriver en Suisse, en 1991. Il a alors travaillé comme aide-paysan, comme aide-cuisinier, puis comme ouvrier du bâtiment. Il a travaillé en dernier lieu, du mois de février 1998 au moment de son accident, comme aide-foreur, selon un horaire de 43 heures par semaine, pour un salaire mensuel fixé dès l'année 2009 à 3'600 fr. et payé treize fois l'an. Une arthroscopie du genou droit pratiquée le 25 mars 1999 par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a permis de poser le diagnostic de déchirure du ménisque interne. Le recourant a séjourné du 30 juin au 4 août 1999 à la Clinique de réadaptation de Bellikon. Selon un avis de ladite clinique daté du 9 septembre 1999, le recourant présentait une tendance à la tuméfaction et une limitation de la mobilité du genou droit. Une IRM avait mis en évidence une lésion du ménisque interne au stade I avec une petite déchirure du bord externe, une zone contuse à la partie antérieure du plateau tibial interne et une tuméfaction prérotulienne atypique avec une collection liquidienne. Le recourant ne pouvait pas encore reprendre son activité d'ouvrier du bâtiment. Le Dr B_____, dans un rapport du 17 novembre 1999 suspecta une algoneurodystrophie suite à une chute et attesta d'un status post lésion de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi qu'un état dépressif. Le 3 février 2000, le Dr B_____ écrivit à l'OAI pour que lui soient communiquées les mesures professionnelles possibles, afin d'occuper le recourant qui devenait de plus en plus dépressif en raison de son incapacité de travail. Il évoquait une réintégration partielle dans un travail à rendement réduit. Par décision du 19 mai 2000, il fut mis fin aux prestations LAA en raison d'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles justifiant encore une incapacité de travail. Le 18 septembre 2001, le Dr B_____ releva une aggravation de l'état de santé du recourant, renvoyant à un avis du Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 25 mars 2001, lequel avis contient des considérations essentiellement philosophiques. Un stage d'observation

professionnelle a été mis en place pour une période prévue du 15 octobre 2001 au 28 janvier 2002, auprès de la FONDATION PRO. Selon un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI le stage avait été mis en place, malgré les capacités professionnelles extrêmement limitées, afin d'examiner s'il subsistait une capacité exploitable dans un milieu protégé, mais aussi pour permettre au recourant de se rendre compte que son état de santé empêchait une reprise professionnelle, de manière à ce qu'il puisse mieux accepter son invalidité et le versement d'une rente AI. Le rapport indique encore : « Dès le 1^{er} jour de stage, [le recourant] a consulté son médecin pour que le stage se poursuive à 50%, au vu des violentes douleurs ressenties. [La FONDATION PRO] nous a contacté à deux reprises au sujet de l'évolution du stage de notre assuré placé dans l'atelier le plus léger, proposant des activités très simples. Elle nous a appris que [le recourant] était quotidiennement suivi par le Centre de Thérapie Brève, à la Rue de Lausanne, qu'il avait complètement décompensé et que la problématique psy était au moins aussi importante que l'atteinte physique. Très démonstratif, il a perturbé les autres personnes en stage, en se couchant par exemple, par terre. Le Docteur D_____ a établi un certificat médical, à 100%, dès le 29.10.2001, date à laquelle le stage a été interrompu. Nous avons contacté le Docteur E_____ du CTB pour obtenir de plus amples informations. Ce médecin nous a fait part de son étonnement et ne pas comprendre que cette personne ne soit pas au bénéficiaire d'une rente AI, nous lui avons expliqué le but du stage. Atteint d'un état dépressif important, il estime que [le recourant] n'est pas en mesure de travailler ou de suivre un stage. » La mise au bénéficiaire d'une rente AI entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, était proposée. Par décision du 19 février 2002, le recourant fut mis au bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de janvier 2000. Le 21 juillet 2004, l'OAI adressa au recourant un questionnaire pour la révision de la rente. Le recourant indiqua que son état de santé était toujours le même et que le Dr B_____ était toujours son médecin traitant. Dans un rapport du 27 août 2004, le Dr B_____ attesta d'un état de santé resté stationnaire. Il relevait la persistance surtout d'un état dépressif mais associé à des douleurs importantes au niveau de la jambe. Le recourant se déplaçait avec l'aide d'une canne anglaise et était suivi par le Centre de thérapie brève (ci-après : CTB) qui lui prescrivait un traitement antidépresseur. L'association du syndrome douloureux chronique avec l'état dépressif ne permettait pas la reprise du travail. Dans un rapport médical du 2 novembre 2004, le Dr F_____, chef de clinique aux HUG, posa les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, tous deux présents depuis 1999. L'état de santé était stationnaire et le suivi avait pris fin le 10 août 2004 et repris par le médecin traitant en raison de l'échec du suivi spécialisé psychiatrique. Le pronostic était mauvais, sans ouverture thérapeutique. L'incapacité de travail était complète. Selon un mandat SMR du 8 novembre 2004, il avait été estimé par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) que l'assuré pourrait travailler dans une activité légère sans port de charge. Le dossier a ainsi été soumis au Dr G_____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), lequel a proposé d'instruire le dossier par un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR. Cet examen fut confié à la Dre H_____, signant avec le titre psychiatre FMH et au Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Selon le rapport de ces médecins du 8 juillet 2005, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : Gonalgies droites résiduelles dans le cadre d'un status après contusion du genou droit et après ménissectomie interne droite compliquées d'une algoneurodystrophie localisée en 2003 ; Lombosciatalgie droite et cervicalgies dans le cadre

de troubles statiques et dégénératifs du rachis ; et Syndrome douloureux somatoforme persistant. S'y ajoutait, mais sans répercussion sur la capacité de travail le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressif d'intensité légère. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes pour le genou droit : pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de monter sur un escabeau, échelles ou escaliers. S'agissant du rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 8kg, pas de port régulier de charge de plus de 15kg, et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur le plan psychiatrique : amplification des plaintes somatiques. La capacité de travail était limitée à 70 % dans l'activité habituelle, mais complète dans une activité adaptée, ceci sur le plan somatique. Au plan psychiatrique, la capacité de travail était de 70% selon les critères de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (postérieure à la décision revue) dans toute activité. Il était notamment fait état d'une amplification des plaintes, d'un comportement démonstratif, d'une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, de même qu'entre les informations fournies par le recourant et celles ressortant de l'anamnèse. Selon un mandat SMR du 7 janvier 2008, ladite expertise ne serait parvenue à l'OAI qu'à la fin de l'année 2007. Les éléments médicaux au dossier étaient ainsi anciens et non concordants avec des éléments plus anciens. Il fut donc convenu avec la Dresse J _____ du SMR d'une nouvelle expertise bidisciplinaire à confier au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : BREM). Le rapport d'expertise du BREM du 18 septembre 2008 signé par les Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, contient une anamnèse détaillée et tient compte des avis médicaux exprimés précédemment et des plaintes du recourant. Le rapport d'expertise mentionne les diagnostics suivants : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensée, Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; Gonalgies droites suite à une chute, status après une intervention chirurgicale en mars 1999 pour une résection du ménisque interne, status après une algoneurodystrophie du genou droit, et chondropathie rotulienne et déchirure partielle au sein de la corne postérieures du ménisque interne. Ces diagnostics étaient présents depuis le mois de janvier 1999. Il ressort de l'appréciation somatique que le comportement du recourant semble très exagéré. Sur le plan somatique, le recourant « souffre de gonalgies sur cette déchirure partielle du ménisque interne et sur cette chondropathie. Cette atteinte entraîne certaines restrictions de travail. [Le recourant] ne peut pas monter ou descendre, ne peut pas rester debout plus de 45 minutes. Par contre, dans une position assise avec la possibilité de changer de position, sans devoir marcher sur un plan instable, ni devoir monter ou descendre des échafaudages ni des escaliers, sa capacité de travail est pleine et entière. » Sur le plan psychiatrique, il était notamment expliqué que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être écarté car les gonalgies du recourant étaient d'abord expliquées par une pathologie somatique avérée. Il s'agissait ainsi d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Quant à l'état dépressif, il avait été constaté un épisode moyen à sévère. Le psychiatre traitant avait été contacté téléphoniquement et il était apparu que la description de la Dresse H _____ correspondait à une période d'amendement du trouble dépressif du recourant, alors sous d'importantes doses d'antidépresseurs. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère posé par la Dresse H _____ était inadéquat, compte tenu de la durée des symptômes dépressifs. Les limitations

fonctionnelles psychiatriques étaient une thymie dépressive, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité marquée, une anhédonie, une aboulie, une irritabilité et un retrait social. Au plan psychique, la capacité de travail exigible du recourant ne dépassait pas 30% dans une activité adaptée en milieu protégé. Dans l'activité habituelle la capacité de travail était nulle. Cette capacité ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Cette expertise fut remise en cause par le Dr M_____ du SMR, dans un avis du 7 octobre 2010. Il considérait que : « S'il est démontré que l'assuré présente un épisode dépressif sévère actuel on ne peut réfuter qu'il était en rémission en mai-juin 2005 lors de l'examen SMR, alors qu'il bénéficiait d'un traitement efficace d'Efexor ER ; et que le suivi au CTB était interrompu depuis le 10.08.04. Selon les différents éléments d'anamnèse, il apparaît que l'assuré reprend un suivi au CTB dès le 09.10.07, qui peut marquer l'aggravation de son état ». Les experts ne s'étaient pas posé la question d'un éventuel échec du traitement, de l'observance thérapeutique du recourant, et le traitement avait été jugé lege artis sans mesure de psychotrope dans le sang. L'un des diagnostics n'était pas documenté par l'anamnèse et les signes cliniques. Le Dr M_____ considérait qu'avec un traitement adéquat le recourant serait en rémission. Etaient jointe à cet avis une note manuscrite : « La dépression n'est pas soignée de façon optimale actuellement. L'échec du traitement n'est pas vrai ; avec EFEXOR ER, la dépression était amendée. Donc la CT est entière, dès 2000. » Selon un nouvel avis du Dr M_____ du 31 mars 2009, il était ressorti de plusieurs entretiens téléphoniques avec la Dresse N_____, responsable du BREM, que l'expert psychiatre n'avait pas tenu compte de plusieurs éléments pertinents dans son appréciation. Il fut ainsi convenu de mettre sur pied une nouvelle expertise au BREM Cette nouvelle expertise fut confiée au Dr K_____ et à la Dresse O_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Selon leur rapport, daté du 9 juillet 2009, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants sur le plan psychique : Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis janvier 2001 ; Personnalité émotionnellement labile, type borderline (mal compensée), présente depuis jeune adulte. S'y ajoutaient les diagnostics suivants, mais sans répercussion sur la capacité de travail : Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, présente depuis 1999 ; Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue, présent depuis de nombreuses années. Le status décrit par le Dr L_____ incluait des éléments relatés par le recourant et pouvant correspondre à un épisode moyen à sévère. Il ne permettait ni de confirmer, ni d'infirmer le diagnostic de personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensée. Lors de l'examen clinique, le recourant s'était montré très tonique, sans diminution de l'élan vital et sans ralentissement psychomoteur. Il avait le projet de partir en vacances, comme chaque année et pouvait, malgré d'importantes douleurs, monter et descendre trois fois par jour les quatre étages de son immeuble sans ascenseur. Les limitations étaient les suivants : l'anhédonie, la perte de l'intérêt ou du plaisir, la perte de confiance en soi et la réactivité caractérielle. Ces limitations interféraient à raison de 30 % dans une activité simple. La capacité de travail sur le plan psychique était ainsi de 70%, sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas à envisager car le recourant s'estimait dans l'impossibilité totale d'exercer une quelconque activité et était démotivé à l'idée d'éventuelles mesures de réinsertion. Sur le plan somatique, les conclusions de la précédente expertise effectuée au BREM étaient confirmées. Dans un avis du 12 août 2009, le Dr M_____ considéra que la capacité de travail était de 70 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ceci dès le mois de mai 2000. Par projet de

décision du 13 août 2009, l'OAI projeta de supprimer la rente du recourant dès le 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, car le degré d'invalidité de 30% découlant de l'avis du Dr M_____ et de la seconde expertise confiée au BREM était insuffisant à l'octroi d'une rente. Le 14 septembre 2009, le recourant s'opposa à ce projet de décision, se fondant sur un avis du Dr B_____ du 8 septembre 2009. Selon ledit avis, le recourant souffrait d'un état dépressif sévère, toujours présent à sa connaissance. Il considérait qu'une capacité de travail n'était pas suffisamment documentée, mais concédait une meilleure acceptation au niveau du syndrome douloureux chronique permettant une réintégration professionnelle dans un travail léger. Les autres diagnostics, comme le syndrome d'apnée du sommeil n'avaient pas pu être investigués en raison de l'aggravation psychique. Un avis du CTB était nécessaire. Dans un avis du 18 janvier 2010, le Dr M_____ mentionnait que le Dr B_____ indiquait sans certitude que le recourant présentait un état psychiatrique sévère. Les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées sur la base d'une conviction nullement documentée. Par décision du 26 janvier 2010, le projet de décision du 13 août 2009 fut confirmé. Le recourant contesta cette décision par courrier recommandé du 25 février 2010. Son recours fut complété le 29 mars 2010. Il concluait préalablement à ce qu'une comparution personnelle soit ordonnée, à l'audition des Drs B_____ et P_____, et à la mise sur pied d'une nouvelle expertise judiciaire établie après au moins trois entretiens. Sur le fond, il concluait à l'annulation de la décision du 26 janvier 2010 et à ce qu'il soit constaté qu'il avait toujours droit à une rente entière d'invalidité, ce avec suite de dépens. Il relevait notamment n'avoir jamais été examiné par le Dr M_____ et qu'en présence de deux expertises aux conclusions contradictoires, le Dr L_____ n'avait pas été interrogé. Ainsi l'avis du SMR du 12 août 2009 fondé uniquement sur les conclusions de la seconde expertise n'était pas objectif. Il en découlait la nécessité d'une expertise judiciaire. L'instruction médicale menée par l'OAI était par ailleurs lacunaire, dès lors que la Dresse P_____, suivant le recourant au CTB, n'avait pas été interrogée. Le recourant produisit des avis du Dr B_____ et de la Dresse P_____ et résuma une partie des avis médicaux au dossier pour en tirer la conclusion de l'absence d'amélioration de son état de santé. Sa capacité de travail était nulle. Selon l'avis de la Dresse P_____ du 25 février 2010, le recourant avait été suivi du 6 novembre 2001 au 30 septembre 2004, puis dès le 9 octobre 2007. Il présentait une symptomatologie dépressive modérée à sévère en lien avec un accident du travail en 1998. Le recourant venait souvent aux rendez-vous et bénéficiait d'un traitement médicamenteux sous forme d'antidépresseur, stabilisateur de l'humeur et de petites doses de neuroleptique à but anxiolytique. Toutefois, l'état du recourant s'améliorait peu et restait dépendant des situations de stress concomitantes. La capacité de travail était ainsi nulle actuellement. L'OAI répondit au recours le 27 avril 2010, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. La seconde expertise du BREM avait été rendue nécessaire par le fait que le Dr L_____ n'avait pas tenu compte de l'amélioration sous traitement médicamenteux. La seconde expertise était probante, claire et motivée. La première décision était erronée car la synthèse des documents médicaux aurait dû être faite par le SMR et non par le réadaptateur qui n'avait pas les compétences requises. L'appréciation médicale avait été faite de manière sommaire et hâtive. Un avis du SMR du 21 juin 2010 était annexé au sujet des rapports médicaux produits dans le cadre du recours. Selon ledit avis du SMR, l'avis de la Dresse P_____ ne donnait pas de précision suffisante. Quant à l'avis du Dr B_____, il était tenu pour contradictoire à plusieurs égards. Il ne découlait pas de ces deux avis d'élément objectif faisant penser à une

aggravation ou à une nouvelle atteinte. Le Tribunal ordonna la comparution des parties et l'audition de la Dresse P _____ et du Dr L _____, ceci par ordonnance du 31 mai 2010. Le Dr L _____ fut entendu en audience, le 6 juillet 2010. Il expliqua que s'agissant du trouble dépressif, la Dresse O _____ et lui-même avaient posé le même diagnostic, avec toutefois une intensité différente. Il rappelait que l'état de rémission ressortant de l'expertise de la Dresse O _____ intervenait après 14 à 15 mois de traitement antidépresseur supplémentaire, alors que lors de sa propre expertise, ledit traitement n'avait pas encore fait complètement effet. Il divergeait toutefois de l'avis de la Dresse O _____ quant au fond de personnalité. Le diagnostic de trouble émotionnellement labile à traits narcissiques était, selon lui, décompensé par la perte de la capacité de travail, alors qu'il n'était pas décompensé selon la Dresse O _____. Le Dr L _____ considérait que le fond de personnalité avait été sous-estimé et persistait à considérer que lors de son examen, la capacité de travail n'était que de 30% en milieu protégé, alors qu'elle pouvait être estimée à environ 50% au moment de l'expertise de la Dresse O _____, étant précisé qu'il lui était difficile de se prononcer sans avoir revu le recourant. Le Dr L _____ releva que le Dr M _____ n'était pas psychiatre et n'avait ni la compétence ni l'expérience pour émettre des critiques quant à son avis. La comparution des parties eut également lieu le 6 juillet 2010. La représentante de l'OAI expliqua que selon le Dr M _____, l'état de santé et la capacité de travail du recourant ne s'étaient pas modifiés depuis le mois de mai 2000. La décision initiale du 19 février 2002 était manifestement erronée, car le gestionnaire avait suivi l'avis du Service de réadaptation sans que le SMR ne se soit prononcé. Il s'agissait ainsi d'un cas de reconsidération et non de révision. Le recourant précisa qu'il devait s'arrêter plusieurs fois pour monter et descendre les escaliers, ce qui ne figurait pas dans l'expertise de la Dresse O _____. Les parties ne sollicitèrent l'audition d'aucun autre médecin que la Dresse P _____. La Dresse P _____ fut entendue le 2 novembre 2010. Elle expliqua en préambule suivre le recourant depuis le mois de novembre 2008, au CTB puis dans le cadre de sa consultation. Elle avait eu accès à son dossier du CTB concernant le suivi du recourant en 2001-2002 durant 18 mois et pouvait donc renseigner le Tribunal au sujet de cette période. En 2002, le recourant avait été suivi pour un trouble dépressif récurrent modéré durant 18 mois. Il avait été mis fin à ce suivi car la situation ne pouvait être améliorée. Le médecin généraliste avait alors poursuivi le traitement, comme il était apte à le faire. Au moment de l'expertise de la Dresse H _____, il est possible que le recourant ait pu connaître une période plus stable, à savoir un état dépressif léger à modéré. Le recourant avait fait une rechute dépressive en 2005, suite au rejet d'un recours en matière d'assurance-accident. Il avait présenté les mêmes symptômes qu'auparavant à un degré sévère ayant nécessité une prise en charge au CTB, puis à un degré modéré. En 2008, au début de la prise en charge par la Dresse P _____, le trouble dépressif était modéré et s'était progressivement aggravé suite aux demandes de renseignement de l'AI. Le recourant avait vraiment rechuté au moment de la suppression de sa rente. Au moment de l'audition de la Dresse P _____, le trouble dépressif était à nouveau sévère, ceci depuis le début de l'année 2010 au moins. L'état dépressif du recourant variait passablement, car il était très sensible aux facteurs de stress environnants. Le traitement médicamenteux était peu efficace. La Dresse P _____ - suivait le recourant à raison d'une fois par mois, ceci afin de le soutenir, voire de stabiliser son état, une amélioration ne pouvant être envisagée, même à long terme. Actuellement, comme avant l'aggravation de 2010, la capacité de travail du recourant est nulle en raison d'une agitation psychomotrice l'empêchant de rester assis plus

d'une demi-heure, et en raison de difficultés de concentration et d'attention. Dans une phase d'amélioration, le recourant pourrait travailler en milieu protégé afin d'améliorer son estime de lui-même, puis, cas échéant, dans le circuit économique normal. Le recourant souffrait également d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec traits narcissiques depuis au moins avant 2000 ou 2001, mais c'est plutôt l'état dépressif qui est invalidant. Dans un avis médical du SMR du 26 novembre 2010, la Dresse J_____ releva qu'il fallait que les diagnostics reposent sur les critères du CIM-10, ce qui n'était pas le cas de la névrose de caractère mentionnée par le Dr L_____. Elle releva également que le Dr M_____ a des compétences psychiatriques. L'avis du Dr M_____ du 31 mars 2009 ne pouvait ainsi être remis en question par l'audition du Dr L_____. La Dresse P_____ n'avait pas été questionnée sur le traitement et la compliance du recourant, de sorte qu'il n'était pas possible de se déterminer à propos de l'aggravation dès le début de l'année 2010 attestée par la Dresse P_____. Pour le surplus, les conclusions de la Dresse O_____ - ne pouvaient être remises en cause. Par acte du 13 décembre 2010, l'OAI persista dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Les enquêtes n'avaient apporté aucun élément nouveau. Par acte du même jour, le recourant persista lui aussi dans ses précédentes conclusions. Il rappelait le contenu de la jurisprudence en matière de reconsidération et expliqua que la décision initiale du 19 février 2002 n'était pas manifestement erronée, compte tenu des avis médicaux sur lesquels elle se fondait. A titre subsidiaire, son état de santé tant physique que psychique s'était aggravé et justifiait de retenir un taux d'invalidité suffisant pour maintenir la rente. La cause fut gardée à juger le 15 décembre 2010. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales – alors compétent – par pli postal du 25 février 2010, le recours contre la décision de l'OAI du 26 janvier 2010 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 19 février 2002, avec effet au mois de janvier 2000. Selon la décision entreprise la capacité de travail du recourant s'est modifiée dès le mois de mai 2000. Cette décision ne mentionne pas clairement si elle intervient au motif d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ou au motif d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. L'OAI a par la suite précisé qu'elle intervenait au motif d'une reconsidération de la décision du 19 février 2002 qu'il tient pour manifestement erronée. Le recourant quant à lui invoque une aggravation de son état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, à titre subsidiaire. Le litige porte ainsi tant sur le point de savoir si la décision initiale du 19 février 2002 est manifestement erronée que sur celui concernant une éventuelle modification du degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 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, 105 V 207 consid. 2). 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, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V

78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). 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 (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). Il se justifie de traiter de la question de la reconsidération en premier lieu. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA (ATFA publié partiellement du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.3). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen

des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En l'espèce, l'OAI indique que la décision initiale du 19 février 2002 est manifestement erronée en raison du fait que la synthèse des documents médicaux avait été faite par le SMR et non pas par le service de réadaptation qui n'avait pas les compétences requises. Le Tribunal note toutefois qu'une telle affirmation ne permet encore pas de tirer une conclusion sur le point de savoir si dans son résultat, la décision initiale était manifestement erronée. La décision initiale est conforme aux avis des Dr B_____, certes médecin traitant, et Q_____ du CTB, lequel a attesté d'un état dépressif important. D'un autre côté, trois expertises ont eu lieu dans le cadre de la procédure de révision mise en œuvre par l'OAI. La Dresse H_____ (rapport d'examen bidisciplinaire du 8 juillet 2005) a retenu une capacité de travail de 70 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ceci depuis le 31 mai 2000, retenant la date de fin des prestations LAA, sans motivation plus détaillée. Le Dr L_____ (expertise du 18 septembre 2008) a quant à lui retenu une capacité de travail restée nulle. Quant à la Dresse O_____ (expertise du 9 juillet 2009), elle retient un trouble dépressif récurrent en rémission, présent depuis janvier 2001 et justifiant une incapacité de travail de 50% jusqu'à mi-2002, moment de la fin du traitement au CTB. Compte tenu des divergences entre les avis des trois experts, tant sur la quotité de l'incapacité de travail que sur les dates retenues, et vu que la Dresse P_____ a expliqué en audience le 2 novembre 2010 que le suivi au CTB avait pris fin en raison de l'absence d'amélioration de l'état dépressif, il apparaît qu'il subsiste un large doute quant au caractère erroné de la décision initiale du 19 février 2002. Il s'en suit que les conditions d'une reconsidération ne sont pas réalisées. Reste à examiner les conditions d'une révision. 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente

(ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2) En l'espèce, tant le psychiatre traitant, la Dresse P _____, que la Dresse O _____ (expertise du BREM du 9 juillet 2009) font état d'une fluctuation dans le temps de l'état dépressif du recourant. Le Dr L _____ (audience du 6 juillet 2010) l'indique également lorsqu'il explique que le taux d'incapacité de travail retenu s'est probablement amélioré à la suite du traitement médicamenteux. La Dresse H _____ ne fait pas état d'une telle fluctuation, mais son avis est moins probant pour être plus ancien, son examen ayant eu lieu en 2005. De surcroît, le rapport de la Dresse H _____ mentionne le titre « psychiatre FMH », alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. Il s'en suit que son rapport ne peut se voir attribuer une pleine valeur probante (ATF non publié du 31 août 2007, n° I 65/07). S'agissant de la quotité de la capacité de travail du recourant, il ne peut être tenu compte de l'appréciation du Dr L _____ pour deux motifs. D'une part, il n'a pas examiné le recourant au moment où le traitement médicamenteux était efficace (audience du 6 juillet 2010). D'autre part, son appréciation tient compte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec traits narcissiques décompensés, alors que la Dresse O _____ considère qu'il n'est pas décompensé, ce qui est corroboré par le fait que le psychiatre traitant n'indique pas qu'il soit décompensé et précise que « c'est plutôt l'état dépressif qui est invalidant ». Quant à l'avis de la Dresse P _____, il est moins probant, dès lors qu'il émane du psychiatre traitant. Il convient ainsi de retenir l'avis de la Dresse O _____ dans le cadre de l'expertise du 9 juillet 2009, à savoir une incapacité de travail de 50 % de janvier 2001 à mi-2002, puis de 30 % de mi-2002 à mi-2007, puis de 70 % d'octobre 2007 à mi-2008, puis à nouveau de 30 % dès mi-2008. Cet avis d'un expert externe à l'assurance-invalidité revêt une pleine valeur probante et est convainquant. En particulier, la Dresse O _____ explique les raisons qui la poussent à s'écarter de l'avis du Dr R _____. Il découle de cet avis une amélioration notable de l'état de santé psychique du recourant, puisque la décision initiale de rente du 19 février 2002 est fondée sur un degré d'invalidité de 100%. La capacité de travail retenue sur le plan psychiatrique est compatible avec la capacité pleine et entière du recourant sur le plan somatique attestée par le Dr K _____, étant toutefois précisé que la capacité de travail sur le plan somatique s'entend exclusivement dans le cadre d'une activité adaptée, soit dans une position assise avec la possibilité de changer de position, sans devoir marcher sur un plan instable, ni devoir monter ou descendre des échafaudages ni des escalier (expertise du BREM du 18 septembre 2008, confirmée par l'expertise du 9 juillet 2009). De telles limitations ne sont en effet pas compatibles avec un travail de foreur, de paysan ou même de cuisinier. Il s'en suit que la décision entreprise ne peut être confirmée. En effet, dans le cadre de ladite décision, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 30 % – insuffisant à l'octroi d'une rente – considérant que le recourant avait une capacité de travail de 70 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Si cette affirmation est fondée sur le plan psychique, elle ne l'est pas sur le plan somatique, comme indiqué précédemment. Il

convient en conséquence de retourner le dossier à l'OAI afin qu'il détermine le taux d'invalidité du recourant, au terme d'une comparaison de revenus. Quant à l'aggravation de l'état dépressif mentionné par la Dresse O_____, elle est nécessairement intervenue postérieurement à la décision litigieuse, puisque ce médecin indique qu'elle intervient en lien avec la suppression de la rente AI. Cette question ne fait ainsi pas partie de l'objet du litige, mais devra être instruite par l'OAI compte tenu du renvoi de l'affaire qui intervient pour le motif mentionné au point précédent. Le recours sera ainsi partiellement admis, en ce sens que la décision du 26 janvier 2010 est annulée et que le dossier est renvoyé à l'OAI pour instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité réduite de 1'650 fr. lui est octroyée, à titre de dépens. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 26 janvier 2010 et retourne le dossier à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'650 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO Le président Thierry STICHER 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.