

GE_GERICHTE A/999/2012 vom 22. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_999_2012

FR: GE_GERICHTE A/999/2012 du 22 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/999/2012 del 22 gennaio 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur J _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur J _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, de nationalité portugaise, a suivi quatre années d'école primaire, puis a travaillé dans l'agriculture au Portugal. Il s'est marié en 1985 et est venu en Suisse en 1988, et il a travaillé comme saisonnier dans l'agriculture de mars à novembre de 1988 à 1991. L'épouse est restée au Portugal, où le couple a eu une fille née en 1989. Toutes deux ont rejoint l'assuré en Suisse en 1992. Le couple a ensuite eu un fils né en avril 1997. L'assuré a travaillé en qualité d'auxiliaire de boucherie puis de magasinier-cariste pour la société X _____ dès le 1 er mai 1992, à raison de 41 heures par semaine. Après quelques courtes périodes d'incapacité de travail en 1993 et 1994, il a été en arrêt de travail à 100% depuis le 27 septembre 1994 et licencié avec effet au 30 avril 1996. L'assuré a déposé le 6 mars 1996 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI), en raison de troubles du dos depuis septembre 1994 et du genou gauche depuis mars 1995. Selon le rapport de l'employeur (X _____) du 9 avril 1996, le salaire de l'assuré était de 3'485 fr. dès le 1 er janvier 1995 et aurait été de 3'510 fr. dès le 1 er janvier 1996. Selon l'extrait de son compte individuel AVS, il a réalisé un revenu annuel brut de 18'631 fr. en 1988, 19'986 fr. en 1989, 23'208 fr. en 1990 et 22'131 fr. en 1991. Durant ces années-là, il a travaillé de mars à novembre. Son salaire annuel brut s'est ensuite élevé à 29'365 fr. en 1992 (mai à décembre), 47'343 fr. en 1993 et 46'199 fr. en 1994. L'OAI a réuni les rapports médicaux suivants: Le rapport du 27 mai 1996 de la Dresse K _____, généraliste, qui retient les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques; scoliose; importante bascule du bassin; arthrose interapophysaire postérieure au niveau L4-L5; gonalgies gauches chroniques (lésion interne du ménisque gauche); ancienne maladie d'Osgood-Schlatter; tendinopathie du genou gauche; maladie de Südeck; état anxio-dépressif chronique; hépatomégalie et ancienne hépatite A positive. Les douleurs de la colonne dorsolombaire se sont aggravées fin 1994 et l'assuré souffre du genou gauche depuis juin 1995. Il est totalement incapable de travailler depuis le 13 juin 1995. Le rapport du 29 juin 1996 de la Dresse L _____, rhumatologue, qui précise que l'assuré a subi une exostosectomie au genou gauche en mars 1995 puis, en raison de l'échec de tous les traitements, a été présenté pour avis à deux orthopédistes (Dr M _____ et Dr N _____), qui n'ont pas trouvé d'explication. L'assuré souffre de douleurs constantes au genou gauche, malgré l'opération et dit ne pas pouvoir se passer de ses deux cannes. Des mesures professionnelles sont indiquées, après expertise. Le rapport de la Division de rééducation de l'Hôpital de Beau-Séjour (HUG) du 14 avril 1997. Les symptômes au genou ont été attribués à des séquelles d'une maladie de

Osgood-Schlatter et, malgré l'opération de mars 1995, les douleurs au genou gauche persistent. Toutefois, les radiographies de contrôle, l'IRM et l'examen neurologique sont normaux. Les douleurs sont de type causalgie et l'amyotrophie du quadriceps est secondaire à un non usage du membre. Durant le traitement du 22 janvier au 9 mai 1996, les douleurs persistent malgré divers types de physiothérapie et une évaluation dans l'atelier de réadaptation préprofessionnelle a été tentée mais a dû être stoppée, car mal supportée par le patient. L'examen du genou est très difficile, le patient se raidissant au moindre toucher et malgré des amplitudes articulaires normales, la mobilisation du genou gauche est hyperalgique. L'assuré a été soumis à l'expertise du Dr O _____, spécialiste en chirurgie. Son rapport du 16 avril 1997 contient une brève anamnèse. S'agissant des plaintes de l'assuré, il n'a pas de force dans la jambe gauche, avec d'importantes douleurs sur la face antérieure du genou ou des fourmillements au niveau de la jambe. Il ne peut pas rester longtemps assis, le genou fléchi, a de la peine à se mettre à marcher et à descendre les escaliers. S'agissant du dos, il a mal partout de la nuque jusqu'au bas du dos. L'expertise détaille les résultats de l'examen du patient, ainsi que celui des radiographies et autres imageries. L'expert relève une démarche caricaturale évitant d'utiliser et de charger le membre inférieur gauche, qui présente une amyotrophie globale significative, mais modérée et des dysesthésies très désagréablement perçues par le patient sur la face antéro-externe du genou gauche de type causalgie, une limitation fonctionnelle marquée de la colonne cervicale, à un moindre degré au niveau lombaire, avec des troubles statiques, scoliose et cyphose ainsi qu'une fibromyalgie au niveau de la musculature des trapèzes, des ceintures scapulo-humérales. Il relève les palpations qui déclenchent des réactions de défense et de verrouillage extraordinairement importants, une région extrêmement douloureuse, bien que la cicatrice soit calme, un genou tenu obstinément fléchi et inexaminable. L'expert détaille ensuite les rapports du dossier médical puis retient les diagnostics de status après maladie d'Osgood-Schlatter du genou gauche opéré, avec exostosectomie, douleurs chroniques atypiques du genou gauche de type causalgie, avec amyotrophie du membre inférieur gauche, douleurs du rachis au niveau des trois étages sur trouble de la statique vertébrale, avec hyperlordose, cyphose, arthrose interapophysaire postérieure L3-L4; limitations fonctionnelles de la colonne dans son ensemble. L'assuré est totalement incapable de travailler depuis novembre 1994, un traitement antalgique ne modifiera pas la symptomatologie et l'expert ne voit ni possibilité d'améliorer la capacité de travail, ni dans quelle profession on pourrait diriger ce patient, avec ses douleurs au rachis et au membre inférieur gauche ainsi qu'une incapacité de se déplacer. Les médecins-traitants ont souligné la possibilité d'une activité mixte, en partie assise, mais l'expert n'imagine pas le patient se lever, tituber le long des murs et essayer de se déplacer avec des cannes anglaises. En un mot : l'incapacité de travail est totale, sans possibilité de reclassement professionnel. Toutefois, comme on admet en général une certaine adaptation à la douleur causalgique, il conseille de faire une évaluation dans deux à trois ans. Il sera alors peut-être possible de conseiller une réinsertion professionnelle. Par décision du 13 août 1997, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} septembre 1995. Lors de la révision de la rente en décembre 2000, l'assuré a mentionné une aggravation des douleurs lombaires et la Dresse K _____ a indiqué que l'état était stationnaire, sans changement de diagnostics, qui concernent toujours le dos, le genou et l'état psychique, de sorte que le droit à la rente a été maintenu sans changement selon communication du 8 mars 2001. Lors de la révision de la rente en septembre 2005, l'assuré a indiqué que son état était stationnaire, la Dresse K _____ a mentionné une

aggravation de l'état de santé depuis 2 ans, en raison de l'apparition d'un diabète de type II et d'arthrose interapophysaire postérieure et de l'importance des troubles au niveau du rachis et la Dresse L_____ a confirmé cette aggravation (diabète et péjoration des douleurs rachidiennes), de sorte que le droit à la rente a été maintenu sans changement selon communication du 21 novembre 2005. Lors de la révision de la rente en novembre 2009, les Dresses K_____ et L_____ ont indiqué que l'état était stationnaire, sans changement de diagnostics et le SMR a estimé qu'il convenait de procéder à une expertise, car l'absence de mesures professionnelles en 1994 était due au fait que l'état de santé n'était pas stabilisé. L'assuré a été soumis à l'expertise du Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. Son rapport du 23 février 2010 est fondé sur l'analyse du dossier de l'OAI, du dossier radiologique de l'assuré, des clichés réalisés lors de l'expertise et de l'examen de l'assuré du 19 février 2010. Le rapport contient une anamnèse assez détaillée, qui précise que l'assuré s'exprime dans un français très rudimentaire, qui est juste compréhensible, mais a paru comprendre les questions qui lui ont été posées. S'agissant des plaintes de l'assuré, il relate la persistance de gonalgies gauches permanentes, qui sont présentes de jour comme de nuit, aggravées suite à l'opération de 1995. Les douleurs sont majorées par la marche, surtout dans les escaliers. Elles sont parfois intenses, obligent l'assuré à consommer des antalgiques et à utiliser une canne. La situation est restée sans changement depuis l'expertise de 1997, avec une certaine péjoration des douleurs et une sensation de faiblesse globale de la jambe gauche. L'assuré ne rapporte pas d'autres plaintes ostéoarticulaires, à part des dorsolombalgies persistantes depuis une quinzaine d'années, sous forme de douleurs permanentes, majorées par certaines positions et le port de charges. S'agissant de l'examen clinique, l'expert relève que l'assuré se lève prestement du fauteuil de la salle d'attente, demeure assis durant l'entretien, en étendant le membre inférieur gauche, mais sans demander à se lever, mais se redresse de manière caricaturale avec des rictus et des gémissements lorsqu'il s'agit de se rendre à la salle d'examen. L'assuré se dévêt seul, sans difficulté, mais effectue des retournements sur la table de manière théâtrale, en se lamentant. L'expert relève que les signes comportementaux de Waddell sont tous présents. S'agissant du genou gauche, il relève une amyotrophie de la cuisse et du mollet gauche, mais pas d'instabilité ligamentaire, ni signes méniscaux ou épanchement intra-articulaire. S'agissant du status neurologique, au niveau des membres inférieurs, on constate une hypoesthésie du membre inférieur gauche qui ne respecte pas de territoire avec une hyperesthésie au moindre contact au niveau du genou gauche. L'assuré est capable de se tenir sur les pointes et sur les talons des deux pieds. L'expert décrit les radiographies du 19 février 2010, du genou gauche (discrète ostéopénie globale du genou, léger pincement du compartiment interne fémoro-tibial) et de la colonne lombaire (légère discopathie L5-S1, reversement postérieur lombaire, ostéophytose antérieure supérieure en L5 et en L4). L'expert retient les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques aspécifiques, avec discopathie modérée L5-S1, troubles statiques dorso-lombaires, hypercyphose dorsale et gibbosité, et syndrome d'amplification des symptômes; syndrome douloureux chronique du genou gauche dans les suites d'une exostectomie gauche en raison d'une maladie d'Osgood-Schlatter et amyotrophie diffuse du membre inférieur gauche. Le diabète et l'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert relève qu'il serait judicieux que l'assuré subisse une expertise complémentaire psychiatrique, afin de déceler une éventuelle comorbidité psychiatrique. Sur la base des éléments objectifs, l'expert retient une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de magasinier, en raison des limitations fonctionnelles (port de charges de plus de 10 kg, marche en terrain irrégulier et

dans les escaliers, atrophie musculaire et limitation de la position en porte-à-faux au niveau lombaire). Il estime que le degré d'incapacité de travail est demeuré inchangé, avec éventuellement une légère péjoration liée au diabète, qui est toutefois contrôlé. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables au vu de son jeune âge, mais l'assuré ne dispose d'aucune formation professionnelle, s'exprime dans un français rudimentaire et n'a pas travaillé depuis seize ans et ne paraît motivé pour une réadaptation, s'estimant totalement invalide. L'assuré peut mettre en valeur une capacité de travail résiduelle exigible de 50% dans une activité légère, adaptée aux limitations fonctionnelles (activité de télésurveillance), en ne tenant compte que de la composante objective constatée lors de l'examen clinique et non pas des éléments de surcharge et d'amplification des symptômes constatés lors de l'expertise et sous réserve d'une éventuelle comorbidité psychiatrique. La capacité est au maximum de 50% en tenant compte de la baisse de rendement. L'assuré a été soumis à l'expertise du Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Son rapport du 1^{er} septembre 2010 est fondé sur un entretien avec l'assuré le 5 juillet 2010, des tests psychométriques et leur correction du 5 juillet 2010 ainsi que l'ensemble du dossier. L'expert relève que l'assuré a été brièvement scolarisé de 7 à 11 ans et est demeuré en partie analphabète dans sa langue maternelle. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique familial et aucun document, ni l'anamnèse, ne laisse penser que l'assuré ait souffert de troubles psychiatriques antérieurement. L'assuré se plaint essentiellement de douleurs à son genou gauche, qui l'empêchent de rester debout, de se déplacer ou d'être assis sur la durée et évoque également des lombalgies basses, apparemment d'effort. Le test psychométrique (Hamilton-dépression) d'hétéro-évaluation, donne un score de 10-11, correspondant à la dépression légère (entre 8 et 17). L'auto-évaluation (Beck 13) effectuée en portugais donne un score de 18, soit hors normes, la dépression sévère étant cotée au-delà de 16. L'expert relève que l'assuré parle un français sommaire, mais suffisant pour réaliser un bon examen clinique, car il le comprend très bien. L'examen clinique ne révèle ni troubles dépressifs, ni anxiété et l'expert retient un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. L'assuré ne présente ni symptomatologie dépressive significative, même pas de dysthymie. Du point de vue psychiatrique, l'assuré possède une capacité de travail entière, dans toute activité. L'OAI a interrogé à nouveau le Dr P_____, s'agissant de savoir si la capacité de travail résiduelle fonctionnelle de l'assuré dans une activité adaptée, était fondée uniquement sur des constatations objectives. L'expert a précisé, le 19 novembre 2010, que la capacité de travail exigible de 50% a été fondée exclusivement sur des éléments somatiques et objectifs, sans tenir compte des éléments de surcharge fonctionnelle (amplification des symptômes). Il rappelle les diagnostics somatiques de dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de discopathie modérée L5-S1 et de troubles statiques dorso-lombaires avec hypercyphose dorsale et gibbosité droite, ainsi que les séquelles d'une exostostéctomie gauche en raison d'une maladie d'Osgood-Schlatter, ayant comme conséquence une amyotrophie diffuse du membre inférieur gauche. L'expert précise qu'il a pris connaissance de la dénonciation à l'encontre de l'assuré, mais que ces déclarations ne modifient pas son appréciation, car elles sont de nature essentiellement subjective et ne sont d'ailleurs pas signées par les dénonciateurs. Le SMR a conclu, le 7 décembre 2010, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis, au moins, le 14 février 2010, la capacité de travail étant de 50% depuis lors. Par projet du 5 octobre 2011, l'OAI a réduit la rente d'invalidité à une demi-rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, en raison de l'amélioration de la capacité de travail qui est de 50% dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles. Le revenu sans

invalidité est de 54'171 fr., soit le salaire de 1996 (45'630 fr.) réadapté à 2010. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'ESS 2008, TA1, total, niveau 4, (4'805 fr.), soit après annualisation et indexation à 2010, un revenu de 30'821 fr. à 50%. Un abattement de 15% est retenu en raison du nombre d'années d'inactivité, de la seule activité légère possible et du taux d'activité réduit. L'assuré s'est opposé à ce projet le 9 novembre 2011. Il fait valoir qu'un retour à l'emploi avec un taux d'activité de 50% est théorique et détaché des réalités concrètes, l'incapacité totale de travail de l'assuré n'ayant jamais été remise en cause malgré plusieurs révisions successives depuis 1994. L'expert n'indique ainsi pas à partir de quand et en quoi l'état de santé de l'assuré se serait amélioré et il ne précise pas si le taux d'activité est de 50% avec une baisse de rendement ou si elle est incluse. Il conteste que l'activité de télésurveillance, dont on ne sait rien, puisse être exercée par une personne qui s'exprime dans un français rudimentaire et se déplace avec une canne. Le salaire sans invalidité ne doit pas être fixé en se référant au dernier salaire réalisé, mais sur la base du tableau TA1. Finalement, un abattement de 25% doit être retenu. Par décision du 24 février 2012, l'OAI a confirmé son projet, précisant que les facteurs sociaux tels que la non-maîtrise de la langue française et l'inactivité ne sont pas du ressort de l'AI et ne justifient pas un abattement supérieur à 15%. L'assuré a formé recours le 29 mars 2012. Il conclut à l'annulation de la décision querellée, avec suite de dépens. Il conteste l'amélioration de l'état de santé retenue, les diagnostics et relève que les observations des experts de 1997 et 2010 sont sensiblement les mêmes, notamment quant au sentiment d'exagération des plaintes, de sorte que l'expertise de 2010 ne fait que substituer une appréciation de la capacité de travail de l'assuré par une autre. Il estime que l'expertise du Dr P _____ n'est pas crédible et sérieuse, car elle ne répond pas précisément aux questions posées. Il n'indique pas en quoi l'état de santé se serait amélioré, ne précise pas si l'assuré est capable de travailler à mi-temps, ou à plein temps, avec un rendement de 50%. Au demeurant, la Dresse L _____ a attesté, le 20 mars 2012, qu'il n'y a eu aucune amélioration, ni clinique, ni radiologique, du genou gauche depuis 1994 et, au niveau du rachis, l'assuré présentant des problèmes de statique importants qui ne s'arrangeront probablement pas avec l'âge. Concernant la majoration consciente ou inconsciente des plaintes, elle relève qu'après 18 ans d'inactivité, durant lesquels l'assuré a dû se réorganiser ainsi que sa vie sociale et familiale, on peut concevoir qu'il ne dispose plus des moyens d'adaptation nécessaires pour "repartir" à la recherche d'une activité adaptée, avec son handicap. L'assuré conteste le revenu sans invalidité fondé sur le salaire qu'il réalisait il y a 17 ans, évoquant un revenu sans invalidité de 61'642 fr. et persiste à exiger un abattement de 25%. Il a sollicité, plusieurs fois, la prolongation du délai accordé pour compléter ses écritures. Par préavis du 13 juin 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que les Drs O _____ et P _____ n'ont pas les mêmes spécialités, mais que lors de l'expertise du Dr O _____, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, les deux experts n'ayant au demeurant pas retenu des diagnostics sensiblement similaires, mais au contraire pour la plupart bien différents. S'agissant de la comparaison des revenus, elle n'est pas contestable: le revenu sans invalidité est fondé sur les données de l'employeur, actualisées à 2010, l'assuré ne précisant pas pourquoi un salaire de 61'642 fr. devrait être retenu. Par réplique du 10 août 2012, l'assuré expose, sur le plan médical, qu'en guise de réponse aux critiques soulevées à l'endroit de l'expertise du Dr P _____, l'OAI se contente d'opposer des généralités jurisprudentielles, alors qu'il convient de répondre concrètement aux objections soulevées, de sorte qu'il sollicite de la Cour qu'elle se prononce sur l'opportunité d'ordonner une expertise judiciaire multidisciplinaire qui permette de rendre compte équitablement de

l'évolution de son état de santé. S'agissant de la comparaison des revenus, l'assuré estime que, lorsque le temps écoulé entre la fin de l'activité professionnelle et le moment de la comparaison est très long, il est inéquitable de comparer le salaire concret réactualisé, au seul motif qu'il est bas, avec le salaire moyen tiré des tabelles statistiques. Si l'assuré avait continué à être actif durant 17 ans, son intégration professionnelle aurait été meilleure, sa connaissance du français se serait accrue et son salaire aurait augmenté, en raison de son ancienneté, de son expérience et des opportunités de réaliser un meilleur revenu. Par duplique du 13 septembre 2012, l'OAI persiste à affirmer que l'expertise du Dr P_____ a pleine valeur probante, en raison du fait que l'anamnèse et les examens sont complets, que l'intégralité du dossier a été examinée, que les plaintes ont été entendues et que les conclusions sont motivées et cohérentes, aucune autre expertise n'étant nécessaire. S'agissant du revenu sans invalidité, on peut renoncer à se référer au dernier salaire réalisé, lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable. Le fait qu'il se soit écoulé 17 ans entre la comparaison des revenus et le dernier salaire ne fait pas partie des critères restrictifs permettant de s'écarter du salaire effectivement touché, les éventuelles opportunités ne constituant pas des éléments suffisants pour considérer que le revenu retenu serait manifestement inexact. L'assuré fait valoir le 8 octobre 2012 que le Dr P_____ ne répond pas aux questions posées et se prononce sur celles qui ne le sont pas. Pour le surplus, un arrêt de travail de 17 ans n'est pas sans incidence sur les possibilités salariales d'un assuré. Or, un travailleur portugais récemment arrivé, qui accepte le premier emploi venu pour pouvoir s'installer gagne moins que ce même travailleur portugais, 17 ans plus tard, intégré dans le pays et ayant eu l'occasion de changer à plusieurs reprises d'employeur, au gré de ses intérêts salariaux. Il ne s'agit donc pas de prétendre que l'assuré disposait, à l'époque, de meilleures possibilités de gain mais, au contraire, de démontrer qu'il était il y a 17 ans au maximum de sa capacité de gain. Par contre, s'il était resté 20 ans auprès du même employeur, il aurait pu aspirer à un salaire sensiblement supérieur que celui d'un débutant portugais, agriculteur et analphabète, arrivé la veille de son pays d'origine. L'assuré relève que l'OAI ne cite aucune jurisprudence qui permettrait de considérer que l'écoulement de 17 ans sans travailler serait sans incidence sur les expectatives salariales d'un employé. Le salaire de 61'642 fr., correspond à celui de l'ESS 2008 après indexation qu'il convient de retenir pour le revenu avec et sans invalidité. S'agissant de l'abattement de 25%, il a pour but de tenir compte des divers facteurs de réduction, pour une personne handicapée, qui a passé l'essentiel de sa vie active à percevoir une rente AI, qui souffre dans sa santé, est limité dans des activités, ne peut travailler qu'à temps partiel, analphabète et maîtrisant mal le français. A la demande de la Cour de céans, la X_____ a indiqué le 26 octobre 2012 que, si l'assuré concerné était resté employé de l'entreprise, en conservant une fonction de magasinier-cariste, son salaire annuel brut total aurait été de 62'920 fr. en 2010 et de 63'700 fr. en 2011. Le Dr P_____ a répondu ainsi aux questions posées par la Cour de céans : manifestement, il n'y a pas eu d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré durant la période de 1997 à 2010, d'un point de vue rhumatologique, puisque les problèmes lombaires dégénératifs et statiques avaient déjà été décrits sur les examens radiologiques du 24 juillet 1995 effectués auprès du Dr R_____ et ils avaient déjà été constatés par le Dr O_____. il n'y a donc pas d'aggravation manifeste entre 1997 et 2010 en se fondant sur les éléments objectifs constatés lors de l'expertise de 2010. manifestement, l'état de santé de l'assuré était stabilisé lors de l'expertise du Dr O_____ de 1997, l'assuré ayant été examiné plus de deux ans après une intervention chirurgicale mineure du genou

gauche réalisée en mars 1995. L'examen clinique du Dr O_____ atteste d'une stabilisation clinique (absence de signe inflammatoire ou de tuméfaction et uniquement signes d'amyotrophie), les autres constatations témoignant d'une flexion encore bien conservée. Il faut relever que le Dr O_____ avait déjà constaté de nombreux signes d'amplification des symptômes lors de son examen clinique, sans signe clair en faveur d'une algoneurodystrophie, l'examen clinique étant alors déjà caractérisé par des troubles subjectifs sous forme de dysesthésie rapportée par l'assuré. Il est difficile de statuer 13 ans après un examen clinique sur la capacité de travail de l'assuré en 1997, sans avoir réalisé l'examen. Toutefois, sur la base des éléments découlant du status clinique du Dr O_____, seulement généraliste, du bilan radiologique de l'époque et en ne tenant compte que des éléments objectifs, la capacité de travail exigible de l'assuré était en tout cas de l'ordre de 50% dans une activité adaptée telle que décrite dans l'expertise de 2010. Dans son appréciation de la capacité de travail exigible, le Dr O_____ a tenu compte d'éléments subjectifs non médicaux et, à l'époque, aucune explication somatique convaincante n'expliquait l'importance du handicap allégué par l'assuré. Le Dr O_____ avait déjà proposé que l'assuré soit réévalué 2 à 3 ans plus tard, ce qui n'a pas été fait. L'état de santé est demeuré globalement inchangé du point de vue rhumatologique entre 1997 et 2010, avec la persistance d'une amyotrophie du membre inférieur gauche, un syndrome douloureux chronique du genou gauche et des dorsolombalgies dans un contexte de troubles dégénératifs et statiques. La capacité de travail exigible de 50% retenue en 2010 tient déjà compte d'une baisse de rendement, au vu des limitations fonctionnelles. L'assuré est capable de travailler à un taux de 50%, à raison de 4 heures/jour. La Cour de céans a imparti un délai à l'OAI pour produire les pièces manquantes du dossier, constatant que le Dr P_____ avait mentionné, dans son complément d'expertise du 19 novembre 2010, une dénonciation anonyme. Seule la teneur de la dénonciation anonyme a été communiquée à l'assuré et à son conseil, comme suit : " L'assuré souffre soi-disant de sa jambe et il se promène avec une canne pour faire semblant. Il se rend en voiture au Portugal sans escale, ainsi qu'en car, trois à quatre fois par an pour s'occuper de sa vigne et de ses arbres fruitiers, notamment en été, en automne et à Noël. Il dispose d'une grande et luxueuse maison au Portugal, entourée d'une énorme parcelle de terrain, et de plusieurs véhicules. Il vend sa production de vin et d'huile d'olive à des compatriotes et à des espagnols à Genève " (extrait d'une dénonciation manuscrite et anonyme adressée le 26 octobre 2009 au Service des prestations complémentaires). Par pli du 23 novembre 2012, l'assuré a relevé que le salaire communiqué par la X_____ pour 2012 devait être retenu comme salaire sans invalidité et que, selon les réponses du Dr P_____, l'état de santé était demeuré stable de 1997 à 2010, tout en persistant à prétendre que l'expertise du Dr P_____ n'avait aucune valeur probante. Pour le surplus, il a critiqué le comportement de l'OAI, soustrayant une pièce du dossier tout en la communiquant à un expert, afin d'orienter sa réflexion. Il était ainsi inadmissible que l'expert dispose de plus d'informations que l'assuré et la Cour de justice elle-même. Il demande donc que la Cour reconsidère sa décision de ne lui transmettre que le contenu de la dénonciation et revendique d'avoir un accès plein et entier à cette pièce qui a mis en marche une procédure insolite de révision, au cours de laquelle l'OAI a violé les règles élémentaires de procédure et de la bonne foi, prétendant réviser une rente alors que la situation médicale est demeurée inchangée. En lui transmettant la teneur de la dénonciation, la Cour a confirmé à l'assuré que la dénonciation elle-même ne lui serait pas transmise et les parties ont été informées qu'elles pouvaient se déterminer une dernière fois d'ici le 17 décembre 2012. L'OAI a fait valoir, dans le délai fixé, que même en prenant

en compte le montant retenu par la X_____ pour le calcul de la comparaison des revenus, le degré d'invalidité résultant dudit calcul reste inférieur à 60%, ce qui confirme dans tous les cas une demi-rente en faveur de l'assuré (taux d'invalidité de 58% par la comparaison d'un revenu avec invalidité de 26'198 fr. et d'un revenu sans invalidité de 62'920 fr.). En effet, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Bien que le Dr P_____ indique que, d'un point de vue rhumatologique, il n'y a pas eu d'aggravation notable de l'état de santé, ce dernier relève que le Dr O_____ proposait une réévaluation deux à trois ans après sa propre expertise, ce qui tend à démontrer que, lors de l'expertise de 1997, l'état de santé n'était pas stabilisé, ce qui explique les différentes appréciations médicales, les Drs O_____ et P_____ n'ayant par ailleurs pas les mêmes spécialités FMH. Pour le surplus, l'OAI a persisté à solliciter, en application de l'art. 48 LPGA, que la dénonciation reste secrète, l'assuré ayant eu l'occasion de prendre connaissance du contenu et de s'exprimer en cours de procédure à ce sujet, puis l'OAI a persisté dans ses conclusions. Les parties ont été informées le 3 janvier 2013 que la cause avait été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1 er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la révision de la rente d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur

l'amélioration de son état de santé. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la

libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

a) 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa

part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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^{er} 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). 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02

du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). c) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou 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. a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. b) 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, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). 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 (ATF non publiés 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). c) Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt n. p. du 27 novembre 2012, 9C_709/2012). En l'espèce, il convient de comparer la situation lors de la décision du 13 août 1997, qui octroie une rente entière pour un taux d'invalidité de 100% avec celle lors de la décision du 24 février 2012, qui réduit les prestations à une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, afin d'apprécier le bien fondé de la révision opérée en application de l'art 17 LPGA. En 1997, la décision a été fondée sur l'expertise du Dr O _____, généraliste et spécialiste en chirurgie, qui a retenu une totale incapacité de travail en raison des troubles du genou gauche et du dos. Il suggère une révision du dossier dans deux ou trois ans, afin d'examiner si l'assuré s'est adapté à la douleur, tout en relevant, sans les désigner ainsi, des signes algiques et de retrait qui ne s'expliquent pas objectivement. En 2012, la décision a été fondée sur l'expertise du Dr P _____, qui retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En premier lieu, la Cour relèvera que l'expertise du Dr P _____ a pleine valeur probante. Elle est fondée sur l'ensemble du dossier de l'assuré, tient compte des plaintes de ce dernier, mais précise à juste titre celles qui ne sont pas objectivées et qui permettent de retenir une majoration. Le status objectif est détaillé et nuancé. L'expert relève les contradictions entre les plaintes et la mobilité partiellement bien conservée de l'assuré, mais retient des limitations fonctionnelles et une diminution de rendement en raison des troubles du genou et du dos. Enfin, bien qu'elles soient peu motivées, ses conclusions sont convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 50%, au maximum, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce taux d'activité tient compte des éléments objectifs et de la diminution de rendement. Contrairement à ce que soutient l'assuré, l'expert n'a pas été influencé par la dénonciation, preuve en est qu'il confirme ses conclusions initiales à l'OAI dans son rapport complémentaire. Il rappelle que la capacité de travail exigible ne tient compte que des éléments objectifs à l'exclusion de l'amplification des symptômes, relevant que la dénonciation - de nature subjective - ne modifie en rien ses conclusions. Il est vrai que l'expert n'indique pas dans un premier temps si et en quoi l'état de santé de l'assuré se serait amélioré de 1997 à 2010. Il précise toutefois ensuite sa réponse sur demande de la Cour. Pour le surplus, l'expert répond clairement aux questions posées par l'OAI, retient que l'assuré dispose d'une capacité de travail limitée à 50%, en raison des atteintes somatiques objectives constatées et précise à la Cour que cette capacité est de 4 heures par jour, diminution de rendement incluse. Cela étant, il s'avère que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé ni amélioré de façon notable, voire pas du tout, entre 1997 et 2010 (date de la deuxième expertise). Cela ressort clairement des deux expertises susmentionnées, qui retiennent, contrairement à ce que soutient l'intimé, des diagnostics comparables et des limitations similaires. Le Dr P _____ relève dans son rapport initial que la capacité de travail est demeurée inchangée entre 1997 et 2010, avec

une éventuelle légère péjoration en raison du diabète, qui est toutefois contrôlé. De plus, l'absence d'évolution notable de l'état de santé est confirmée sans aucun doute possible par les précisions du Dr P_____. Bien que, malencontreusement, la Cour lui ait demandé si l'état s'était aggravé, alors qu'il s'agissait aussi de savoir s'il s'était amélioré, les réponses de l'expert sont limpides. Il rappelle que, outre les troubles du genou, les problèmes lombaires dégénératifs et statiques avaient déjà été constatés par le Dr O_____. Il retient ainsi qu'il n'y a pas eu d'aggravation notable de 1997 à 2010, mais il confirme aussi qu'il n'y a pas eu d'amélioration notable puisqu'il retient que l'état de santé est demeuré globalement inchangé du point de vue rhumatologique entre 1997 et 2010. L'absence d'évolution clinique et radiologique est également retenue en mars 2012 par la Dresse L_____, médecin-traitant et spécialiste, tant du point de vue du genou que du rachis. Par ailleurs, il est établi qu'en 1997, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Cela ressort de l'ensemble du dossier médical. Du point de vue rhumatologique, l'état était stable depuis la dernière intervention de 1995 et l'examen clinique de 1997 attestait d'une telle stabilisation. Le fait de suggérer de vérifier, à un délai de deux ans, si l'assuré s'est habitué aux douleurs n'indique en rien que l'état clinique ne serait pas stabilisé, ce d'autant plus que cette adaptation à la douleur n'est pas intervenue. Ainsi, lors des révisions de 2000 et 2005, la rente a été maintenue sur la base de l'avis du médecin-traitant qui indique que les douleurs restent inchangées. La persistance des douleurs, voire leur aggravation est aussi relevée dans l'anamnèse de l'expertise de 2010. Au surplus, le Dr P_____ confirme cette stabilisation intervenue en 1997 déjà, motivant précisément son avis sur ce point. Il s'avère ainsi que les experts de 1997 et de 2010 ont fait une appréciation différente d'une situation médicale comparable du point de vue objectif s'agissant de la détermination de la capacité de travail de l'assuré. Il ressort de l'anamnèse détaillée du Dr P_____ et des avis des médecins-traitants que le patient continue à se plaindre de douleurs sans changement, de sorte qu'il n'y a pas non plus d'amélioration du point de vue subjectif. De même, malgré l'avis des médecins-traitants retenant une capacité de travail résiduelle dans une activité mixte, l'expert de 1997 a estimé qu'aucune activité n'était compatible avec les limitations de l'assuré. Il s'agit là aussi d'une appréciation différente de celle de l'expert de 2010 du caractère exigible et de la réalité de l'existence sur le marché d'une activité adaptée. D'ailleurs, et malgré les précautions prises par respect pour le premier expert, le Dr P_____ confirme clairement que, sur la base des constatations objectives faites en 1997 - examen clinique et imagerie - il aurait retenu, à cette époque, une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée, alors qu'il admet une capacité de travail de 50% au maximum en 2010, relevant d'ailleurs une éventuelle légère aggravation. Cela démontre bien que les deux experts apprécient différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base d'un état de santé identique. Or, la révision ne saurait être fondée sur une appréciation différente d'un état de santé identique, voire comparable, sans amélioration de celui-ci. Au surplus, aucune affection psychique n'a été retenue lors de l'octroi de la rente en 1997, de sorte que, de ce point de vue, l'état de santé est également demeuré inchangé. Outre les précisions documentées de la Dresse L_____ s'agissant de l'absence d'évolution, les appréciations peu motivées de l'autre médecin-traitant n'apportent pas d'élément déterminant à l'appréciation du cas. Le SMR ne précise pas en quoi l'état de santé de l'assuré se serait amélioré entre 1997 et 2010. Il se borne à constater que le second expert retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, relevant que ce dernier met en évidence la présence d'éléments parlant en faveur d'une amplification des symptômes. Or, l'expert relève à juste titre que ces éléments étaient déjà présents en 1997. Le SMR affirme

donc que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, sans indiquer quelle affection se serait amendée ou quel trouble aurait disparu. Le SMR n'indique pas non plus quelles conséquences sur la capacité de gain, d'un état de santé resté stable, se seraient notablement modifiées. A défaut de motivation, son avis n'est donc pas probant. En conséquence, sans amélioration de l'état de santé ou de changement important des conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain, il n'y a pas matière à révision. A juste titre, l'OAI ne prétend pas que la décision de réduire la rente serait fondée sur une reconsidération, tant il est vrai que la décision initiale d'octroi d'une rente entière a été basée sur un examen complet et détaillé, du point de vue médical et de celui de la comparaison des revenus. La décision initiale n'est donc pas le fruit d'une appréciation manifestement inexacte. Même s'il peut apparaître ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque, retenant une totale incapacité de travail, pourrait sembler aujourd'hui critiquable, cela ne permet pas pour autant de reconsidérer la décision initiale d'octroi d'une rente entière, selon la jurisprudence. La révision étant mal-fondée, il est inutile d'examiner plus avant les griefs du recourant, s'agissant notamment de l'abattement à retenir sur le salaire d'invalidé ou du taux d'invalidité qui oscillerait, en se fondant sur le salaire communiqué par la X_____ pour 2011, entre 58,8%, avec un abattement de 15% et 63% avec un abattement de 25%. En effet, à défaut de motif de révision ou de reconsidération, il ne se justifie pas de revoir le calcul du taux d'invalidité. Pour les mêmes motifs, il est inutile d'examiner si l'assuré dispose encore, concrètement, d'une possibilité de travail exploitable sur le marché ordinaire de l'emploi, eu égard à sa longue période d'inactivité, à son âge, son analphabétisme, sa mauvaise maîtrise de la langue française et à l'absence de toute formation. S'agissant de la dénonciation anonyme, la Cour relèvera, d'une part, qu'en application de l'art. 48 LPGA, une pièce dont la consultation a été refusée à une partie ne peut être utilisée à son désavantage que si le contenu essentiel se rapportant à l'affaire a été communiqué à l'assuré et si celui-ci a eu l'occasion de s'exprimer à son sujet ou de fournir une contre-preuve. En l'espèce, il s'avère que la dernière révision de la rente, initiée en novembre 2009, est consécutive à la transmission à l'OAI par le Service des prestations complémentaires de la dénonciation anonyme. L'OAI n'a donc pas respecté l'art. 48 LPGA en ne communiquant pas la teneur de la dénonciation à l'assuré avant de prendre une décision, à son désavantage, visant à réduire la rente de moitié. Compte tenu du sort de la procédure, qui a pour conséquence que la dénonciation n'est plus utilisée au désavantage de l'assuré, et du fait que cette violation a pu être réparée dans le cadre de la procédure, dès lors que la teneur de la dénonciation a été communiquée à l'assuré et que ce dernier a eu l'occasion de se prononcer à son sujet, la violation commise par l'OAI reste sans conséquence. D'autre part, après avoir pris connaissance de cette dénonciation, le Dr P_____ a confirmé que son appréciation de l'état de santé de l'assuré était fondée sur des éléments objectifs et il a retenu que cet état de santé ne s'était pas modifié notablement depuis 1997. La dénonciation ne permet pas d'établir un changement notable des autres circonstances entre 1997 et 2011. D'ailleurs, à juste titre, l'OAI ne prétend pas justifier la révision par une telle modification (revenus de l'assuré, voyages, capacité de gain, etc.), la décision étant uniquement motivée par l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, et, partant, mal fondée. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 24 février 2012 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument

de 300 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet, annule la décision du 24 février 2012. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé à verser à l'assuré, au titre de dépens, la somme de 3'000 fr. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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