

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1354/2015

ATAS/1106/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 décembre 2016**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1964, a exercé la profession de manœuvre.
2. Le 14 juillet 1994, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) en invoquant une hernie discale.
3. Par décision du 10 avril 2000, l'OAI lui a reconnu un degré d'invalidité de 67% et lui a octroyé une rente entière à compter du 14 novembre 1994. L'OAI, considérant que l'assuré pouvait encore exercer à 50% un emploi adapté à son état de santé dans l'industrie légère ou en qualité de serveur de machine, a comparé le revenu avant invalidité (CHF 59'090.-) à celui que l'intéressé aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (CHF 19'500.-).

La décision de l'OAI se basait notamment sur :

- un rapport du 29 juillet 2004 du docteur B\_\_\_\_\_, de la division de médecine physique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), attestant d'une totale incapacité totale de travail depuis le 13 novembre 1993;

- un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 15 mai 1995, relevant que l'assuré n'avait été scolarisé que trois ans, qu'il ne disposait d'aucune formation professionnelle et parlait mal le français, que selon les observations de l'atelier préprofessionnel de Beau-Séjour, il était incapable de travaux moyennement lourds et que son rendement n'atteignait que 25%; la division de réadaptation professionnelle émettait un pronostic très sombre quant à une réinsertion professionnelle;

- un rapport du 24 octobre 1995 du docteur C\_\_\_\_\_ concluant à une pathologie mixte organique (protrusion discale L4-L5 et hernie discale trans-ligamentaire L5-S1 latéralisée du côté gauche non compressive), mais surtout psychiatrique (crises anxieuses et fibromyalgie);

- un rapport du 6 mai 1996 du Centre multidisciplinaire de la douleur (docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et Madame F\_\_\_\_\_, psychologue FSP), constatant que, du point de vue somatique, les symptômes cliniques étaient peu importants, les douleurs étant surtout de type fibromyalgique; selon eux, le problème était relativement peu médical et la décompensation psychique surtout liée à des problèmes sociaux, à des difficultés d'intégration, à une intelligence limite et à la situation de famille de l'intéressé; les médecins

concluait à une personnalité borderline partiellement décompensée sur un mode dépressif, à un processus de revendication, à une fibromyalgie et à une lombosciatalgie gauche atypique (hernie discale L5-S1 gauche sans répercussions cliniques); selon eux, la capacité de travail était objectivement entière dans une profession ne surchargeant pas le dos;

- un courrier du 17 novembre 1998 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, disant adhérer aux conclusions de l'expertise du 6 mai 1996 : au plan somatique, son patient était capable de travailler à temps complet dans un métier ne sollicitant pas son dos, mais avec une baisse de rendement;

- un avis émis par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OAI, évaluant, après discussion avec le Dr G\_\_\_\_\_, la capacité de travail à 50% dans les activités d'opérateur de machine ou dans l'industrie légère;

- un rapport du 26 avril 1999 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un état dépressif léger avec élément revendicateur (thymie discrètement dépressive) et confirmant que son patient serait capable d'exercer un travail léger à 50%.

4. Une procédure de révision s'est ouverte début 2004, à l'issue de laquelle l'OAI, par décision du 23 novembre 2006, a supprimé la rente accordée à l'assuré au motif que sa décision initiale était manifestement erronée et nécessitait d'être reconsidérée au vu, notamment des éléments suivants :

- un rapport du 17 février 2004 du Dr G\_\_\_\_\_ concluant à un état de santé stationnaire et à l'absence de changement dans les diagnostics : l'assuré continuait à se plaindre de rachialgies diffuses à prédominance lombaire avec sciatalgies bilatérales nettement plus accentuées à gauche; sur le plan psychiatrique, il était régulièrement suivi mais, malgré la psychothérapie soutenue et une médication antidépressive, aucune amélioration ne n'était manifestée; le statut n'avait guère changé par rapport à celui de l'expertise du 6 mai 1996;

- un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ confirmant que l'état de son patient était demeuré stationnaire (état dépressif léger avec élément revendicateur, fibromyalgie et lombalgies);

- un rapport des docteurs J\_\_\_\_\_, médecin-chef du centre d'expertise médicale (CEMed) et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 6 octobre 2005, concluant à un trouble somatoforme douloureux et à des lombalgies basses sur discopathie étagée avec hernie discale L5-S1 latéralisée à gauche; les médecins estimaient la capacité de travail de l'assuré à 50% au moins, avec un rendement complet, dans une activité

adaptée, c'est-à-dire un travail léger, sans port de charges et permettant de changer de position;

- un avis du Service médical régional (SMR) de l'OAI du 27 janvier 2006, considérant qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé psychique invalidante - ce que confirmait l'absence de limitations fonctionnelles psychiques - et que seules les lombalgies avaient une répercussion sur la capacité de travail, de sorte que, dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail restait entière;

- un courrier du 9 janvier 2006 des experts du CEMed, précisant que les lombalgies étaient permanentes, mais que l'intensité de la douleur variait et pouvait être accentuée par les mouvements du tronc; les crises aiguës douloureuses, évaluées à 7/10, étaient imprévisibles et sans facteur déclenchant évident; il y avait un fond douloureux chronique permanent, sur lequel se greffaient des accès douloureux intenses, paroxystiques et invalidants; les médecins précisaient que, depuis 1993, les cervicalgies étaient décrites comme étant de même nature, de même territoire et de même intensité douloureuse, contrairement aux lombalgies, dont l'intensité s'était amplifiée au cours du temps; la réduction de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée se justifiait par le trouble somatoforme douloureux (TSD), associé au fait que l'assuré s'était ancré dans une identité d'invalidé, qu'il se faisait aider même pour les gestes essentiels de la vie quotidienne et que, malgré les divers essais thérapeutiques menés, il n'y avait eu aucune amélioration, ni au plan psychique ni au niveau somatique; si l'on ne tenait compte que de la lombalgie basse, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée; c'était l'addition des troubles dégénératifs lombaires bas au TSD et aux arguments relatifs à l'assuré qui amenait à réduire la capacité de travail à 50%; enfin, les experts confirmaient l'absence d'amélioration depuis 1996;

Cette décision de suppression de rente a toutefois été annulée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - le 29 novembre 2007 (ATAS/1376/2007). Le Tribunal cantonal a considéré que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas réunies, l'OAI n'ayant pas fait, initialement, un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation, en tenant pour établie une incapacité de travail de 50%. La décision du 23 novembre 2006 se limitait en réalité à proposer, sur la base des mêmes pièces, une appréciation nouvelle des faits, à la suite d'un examen plus approfondi de la situation médicale.

Le TCAS a néanmoins réduit la rente entière allouée à l'assuré à un trois-quarts de rente, en application de la 4<sup>ème</sup> révision de la loi, pour faire correspondre les prestations au degré d'invalidité retenu (67%).

---

L'arrêt du TCAS a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008). A la suite de quoi, l'OAI, par décision du 23 septembre 2008, a formellement reconnu à l'assuré, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007, le droit à un trois-quarts de rente.

5. Le 6 novembre 2013, l'assuré, invoquant une péjoration de son état de santé, a sollicité une augmentation de sa rente en produisant notamment :

- un rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2013; le médecin y indiquait que son patient souffrait de fortes douleurs au niveau de l'épaule droite depuis fin novembre 2011, apparues lorsque l'intéressé avait voulu saisir un objet sur une étagère en hauteur; des douleurs étaient déjà présentes par intermittence à ce niveau depuis 1993, mais n'avaient jusqu'alors pas été très gênantes; une échographie de l'épaule effectuée le 8 décembre 2011 avait mis en évidence un conflit antéro-supérieur avec tendinopathie du sus-épineux et une bursite; malgré le traitement instauré, les douleurs et la limitation fonctionnelle n'avaient pas diminué d'intensité; par ailleurs, le 21 décembre 2011, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation qui avait encore accentué ses douleurs à l'épaule; une nouvelle IRM de l'épaule droite pratiquée le 11 janvier 2012 n'avait cependant rien révélé de nouveau par rapport à l'échographie du 8 décembre 2011; malgré de la physiothérapie, la prise d'anti-inflammatoires et des infiltrations, l'état de l'assuré ne s'était pas amélioré; le 16 juillet 2012, une arthro-IRM de l'épaule droite avait montré une petite rupture du tendon sus-épineux; le 25 octobre 2012, l'assuré avait subi une arthroscopie de l'épaule droite, une biosectomie sous-acromiale et une acromioplastie; malgré cette intervention, ses plaintes étaient demeurées les mêmes;
- un rapport rédigé le 15 août 2012 par le docteur L \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, confirmant que, malgré les traitements, le patient se plaignait toujours d'importantes douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule droite; ce médecin disait avoir observé cliniquement une discrète amyotrophie du sus et du sous-épineux, ainsi qu'une douleur sous-acromiale à la palpation, avec une limitation d'élévation à 140°, de l'abduction à 90° et de la rotation interne à L2 pour D12 à gauche, raison pour laquelle il avait préconisé une intervention; le Dr L \_\_\_\_\_ soulignait : « cliniquement, il est surprenant que la mobilité passive est bien meilleure que la mobilité active et que le patient se contracte énormément lorsqu'il tente lui-même de bouger son épaule ».
- la doctoresse M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, consultée par l'assuré pour des fourmillements dans les mains, après un examen neurologique le 16 avril 2013, a constaté l'absence de déficit sensitivo-moteur, hormis une limitation de l'abduction et de la rétropulsion de

l'épaule droite; la seule anomalie relevée était un discret ralentissement de la conduction du nerf cubital gauche, probablement asymptomatique (pas de paresthésie bien précise dans ce territoire); le médecin a exclu tout argument pour un syndrome du tunnel carpien; aucune anomalie d'allure radiculaire du membre supérieur droit n'a été constatée;

- une radiographie de la colonne cervicale du 21 mai 2013 a montré l'absence de trouble statique, un alignement vertébral bien conservé, sans tassement ni anomalie, une structure osseuse d'aspect normal, l'absence de lésions dégénératives ou inflammatoires significatives et l'absence de rétrécissement des trous de conjugaison;
- dans un rapport du 3 juillet 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ a constaté l'absence de changement par rapport à la période précédant l'intervention d'octobre 2012 : l'assuré continuait à se plaindre de douleurs et de limitations de la mobilité; le chirurgien s'en est étonné, notamment au vu du fait que la mobilité passive était bien meilleure que la mobilité active, ce qui l'a amené à conclure que les fractures psychologiques étaient très importantes dans la symptomatologie;
- une IRM lombaire pratiquée le 2 décembre 2013 par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a montré une légère discopathie protrusive postéro-médiane L4-L5 et une petite hernie discale L5-S1.

6. Dans un rapport du 17 janvier 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a récapitulé les différents diagnostics déjà posés, en y ajoutant celui de douleurs chroniques de l'épaule droite d'origine mixte (coiffe des rotateurs dégénérative à droite, importante bursite sous-acromiale, traumatisme du 21 décembre 2011 et biosectomie sous-acromiale avec acroplastie du 25 octobre 2012).

Il a expliqué que, depuis 2005, les douleurs principales de son patient se situaient toujours au niveau lombaire (sciatalgie bilatérale, avec parfois une forte exacerbation, notamment depuis l'automne 2007). Après l'accident du 21 décembre 2011, les douleurs lombaires étaient rapidement revenues à l'état qui était le leur avant l'évènement.

L'assuré s'était également plaint, de temps en temps, de douleurs à l'épaule droite qui n'avaient cependant pas occasionné de gêne importante jusqu'en novembre 2011, date à laquelle elles s'étaient fortement accentuées. Malgré un traitement, l'état de l'épaule ne s'était pas amélioré.

Selon le Dr G\_\_\_\_\_, l'assuré était incapable d'exercer la moindre activité lucrative.

7. Dans un rapport du 4 novembre 2014, le Dr L\_\_\_\_\_ a lui aussi conclu à une totale incapacité de travail.
8. Dans deux rapports du 4 décembre 2014, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, après échographie de l'épaule droite, qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une re-déchirure, mais une discrète bursite sous-acromiale d'accompagnement. Une échographie des fesses a montré l'absence de lésion significative objectivable.
9. La Dresse M\_\_\_\_\_, dans un rapport du 16 décembre 2014, a conclu à un très discret ralentissement de la conduction des fibres sensibles du nerf médian droit, non significatif et sans critères pour un syndrome du tunnel carpien. Elle a également relevé l'absence d'anomalie de la conduction du nerf cubital droit et un potentiel du nerf brachial cutané interne droit normal. Elle a exclu tout syndrome du défilé thoracique. En conclusion, l'examen ENMG ne révélait pas de signe d'atteinte radiculaire déficitaire.
10. Afin de déterminer si la nouvelle atteinte de l'épaule droite entraînait des limitations compatibles avec l'exercice à 50% d'une activité adaptée, une expertise a été demandée à la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation, qui a rendu son rapport le 17 décembre 2014.

Après une récapitulation des documents versés au dossier, une anamnèse par système, la description d'une journée habituelle et la relation des plaintes de l'assuré, l'experte a fait part des résultats de son examen clinique.

Elle a retenu à titre de diagnostics : des omalgies droites dans le contexte d'un status post-arthroscopie, acromioplastie et bursectomie, une tendinopathie du sus-épineux sans rupture, un discret épanchement dans l'articulation acromioclaviculaire, une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne, une suspicion de syndrome du tunnel carpien à droite, un déconditionnement musculaire global, des lombalgies sur troubles dégénératifs (discrète protrusion discale médiane L4-L5 sans compression des racines L4 et discrète hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche, en contact avec S1 gauche, mais non compressive sur les racines L5 et S1) et des sciatalgies intermittentes de territoire atypique (en mélange de L5 et S1). Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un diabète de type II, de possibles troubles dysthymiques, des cervicalgies intermittentes et une chondropathie rotulienne droite asymptomatique.

S'agissant de l'épaule, l'experte a relevé que l'assuré n'avait acheté un flacon de Tramal (10x 20 gouttes, soit 3,5 jours de traitement si on en prend 3x par jour) qu'en janvier et novembre 2014. L'échographie pratiquée en décembre 2014 n'avait montré que des atteintes banales et traitables, soit par anti-inflammatoires,

soit par infiltration de dérivés cortisonés. Selon elle, cette problématique ne pouvait donner lieu à une incapacité de travail prolongée.

Concernant les lombaires, l'experte a relevé l'absence de contractures musculaires paravertébrales aux niveaux dorsal et lombaire et en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucun retentissement évident d'une lombalgie avec irradiation traversant les fesses. Le Schober lombaire était désormais bien meilleur qu'à l'expertise pratiquée en octobre 2005.

Il a été relevé que l'assuré avait pu rester assis 2,5 heures sans problème, que dans le cabinet, qu'il avait marché lentement, alors que, dans la rue, il s'était déplacé normalement, et qu'en quittant le cabinet, il avait emprunté sans hésiter les escaliers. Il ne s'était plaint ni des cervicales, ni du genou droit, ni de céphalées, comme en 2005.

En définitive, l'experte a considéré que s'il y avait bel et bien eu aggravation depuis 2005, sous la forme d'apparition de douleurs à l'épaule sur trouble dégénératif modéré aggravé suite à une chute, l'opération avait permis de supprimer le conflit entre l'acromion et la coiffe des rotateurs. Désormais, l'échographie ne montrait ni rupture, ni inflammation. Des douleurs persistaient à la mobilisation, du fait d'une sous-utilisation du membre supérieur droit avec autolimitation pour des amplitudes obtenues pourtant proches de la normalité ou de celle de l'autre épaule. L'experte a également mentionné une bursite, décrite comme discrète et soignable par infiltrations ou anti-inflammatoires, dont elle a précisé qu'elle ne pouvait donner lieu à aucune incapacité de travail prolongée.

L'experte a noté une asymétrie flagrante de la force musculaire des muscles intrinsèques de la main en défaveur de la droite, sans amyotrophie. Mais alors qu'une telle différence laisserait entendre un déficit moteur à l'examen, celui-ci n'avait rien montré de tel. L'experte en a tiré la conclusion que l'assuré n'avait pas donné son maximum lors des tests de force.

En revanche, l'experte a relevé une amélioration des lombosciatalgies depuis l'expertise pratiquée en octobre 2005.

Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : station assise limitée à 2,5 heures, périmètre de marche limité, station debout limitée à une heure, pas de mouvements répétitifs du rachis en flexion-extension et pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg, pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, pas de mouvements répétitifs de soulèvement de charges depuis le sol jusqu'à hauteur de taille.

Ont été relevés comme signes d'exagération : une autolimitation des amplitudes de l'épaule droite, une autolimitation des amplitudes de la hanche, des douleurs à la pression de points divers sur l'épaule ne correspondant pas à des structures

anatomiques atteintes sur l'échographie, des douleurs non justifiées au niveau des fesses, une marche ralentie au cabinet, une exagération dans l'intensité des douleurs au vu du fait que l'assuré ne consomme presque plus de médicaments depuis début 2013, enfin, une faiblesse flagrante de la main droite non confirmée par l'examen.

En définitive, l'experte a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité de manœuvre sur chantier. En revanche, considérant que la physiothérapie de l'épaule avait pris fin le 27 juin 2013, l'experte a jugé que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'apprentissage, consistant en tâches répétitives simples (chaîne de conditionnement par exemple, ou autre tâche dans l'industrie, sans port excessif de charges). Elle a préconisé un stage de reconditionnement au travail, ainsi qu'un reconditionnement musculaire et un travail des amplitudes articulaires pendant trois mois.

11. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au SMR, qui a émis l'avis, en date du 29 janvier 2015, qu'il n'y avait pas d'aggravation durable mais, au contraire, une amélioration depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013.
12. Dès lors, l'OAI s'est livré à une appréciation du degré d'invalidité théorique, en comparant le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2013 sans atteinte à sa santé, soit CHF 64'137.- (CHF 51'478.- en 1994, réactualisé), à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant à 100% une activité simple et répétitive, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, soit CHF 59'088.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4 : CHF 5'210.- pour un horaire de 40 h./sem. = CHF 5'431.- pour un horaire de 41.7 h./sem. = CHF 65'177.- en 2012 = CHF 65'654.- en 2013), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 7.87%.
13. Par décision du 11 mars 2015, l'OAI a supprimé à l'assuré sa rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de sa décision.

Si l'OAI a convenu que la capacité de travail de l'assuré à exercer son activité habituelle était toujours nulle, il a considéré que son état de santé s'était amélioré au point de lui permettre de recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Pour le surplus, l'OAI a également nié à l'assuré tout droit à une mesure de reclassement, au motif que le manque à gagner était inférieur à 20%.

14. Par écriture du 24 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, non limitée dans le temps.

Le recourant conteste toute valeur probante au rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_, à laquelle il reproche de ne pas s'être livrée à des observations approfondies ni à des

investigations complètes. Selon lui, elle se serait bornée à décrire le contenu de son dossier sans motiver ses conclusions.

A l'appui de son recours, il produit notamment :

- un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 avril 2015 indiquant qu'il souffre actuellement d'une dysthymie sans répercussion directe sur sa capacité de travail mais qui a joué un rôle dans la cristallisation des symptômes douloureux;
- un courrier du 8 avril 2015, du Dr G\_\_\_\_\_, réaffirmant que, selon lui, son patient reste dans l'incapacité totale de travailler, opinion partagée avec le Dr L\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 31 mars 2015 de celui-ci).

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 mai 2015, a conclu au rejet du recours.

Selon lui, l'expertise de la Dresse P\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé relève que l'experte a constaté que l'atteinte à l'épaule n'a pas donné lieu à une incapacité de travail prolongée.

Quant aux lombalgies, des différences objectivables ont été mises en évidence entre l'expertise de 2005 et la sienne (mesures de flexion, points de fibromyalgie, palpations, douleurs, Schober).

L'intimé souligne ne pas être dans une démarche de reconsidération mais de révision, suite à une amélioration de l'état de santé de l'assuré. A cet égard, il rappelle que le fait que les diagnostics soient restés identiques n'exclut en principe pas une augmentation notable des possibilités de la capacité de travail : le degré de gravité d'une pathologie peut avoir diminué ou alors l'assuré être parvenu à mieux s'adapter à sa pathologie. Par ailleurs, un nouveau diagnostic n'est pas non plus en soi un motif de révision, puisque c'est son influence sur la capacité de travail qui, seule, est déterminante.

En définitive, comparant les constatations objectives des experts de 2005 et 2014, l'intimé considère que les conséquences des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de gain ont diminué. Quant à la nouvelle atteinte à l'épaule, elle n'a pas entraîné de répercussion durable sur la capacité de travail de l'intéressé.

16. Par écriture du 23 juin 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il reproche à l'experte de n'avoir entrepris aucune discussion sur l'évolution de son état de santé et d'avoir ignoré la procédure judiciaire qui l'a opposé à l'OAI par le passé.

17. Convoqué par la Chambre de céans, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué ne pouvoir se déplacer en raison de « raisons médicales aigües », raison pour laquelle il a été interrogé par écrit, après que la possibilité a été donnée aux parties de s'exprimer sur les questions qui lui seraient soumises.

18. Le Dr G\_\_\_\_\_ a répondu par courrier du 7 avril 2016.

Il a précisé qu'il suit le recourant depuis mai 1996. Selon lui, la Dresse P\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément susceptible de modifier son opinion. Selon lui, la plupart des arguments de l'experte en faveur d'une amélioration ne sont pas des constatations objectives mais des éléments tirés de l'anamnèse et interprétés de manière subjective (amélioration des lombosciatalgies, diminution des blocages lombaires, de la médication et des réveils nocturnes, d'ailleurs contestées par l'intéressé). Quant au test de Schober, le Dr G\_\_\_\_\_ explique qu'il peut varier par période, selon que le patient se trouve en phase de douleur aigüe ou d'accalmie relative.

Le médecin a admis la présence de signes d'exagération et le fait que les troubles psychiques avec revendication et la fibromyalgie puissent jouer un rôle mais pas plus que par le passé.

Enfin, le médecin a indiqué que son patient, suite à un séjour aux HUG, a augmenté la posologie du Tramal à 3 x 30 gouttes par jour, celle du Dafalgan à 4 x 2 comprimés.

19. Par écriture du 15 avril 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions au vu des réponses du Dr G\_\_\_\_\_. En substance, il conteste toute amélioration de son état.

20. Le 25 avril 2016, l'intimé a persisté à son tour, en s'appuyant sur un nouvel avis du SMR.

Celui-ci admet une aggravation des lombalgies, mais l'estime postérieure à la décision litigieuse, à compter du 15 mars 2016, date à laquelle l'assuré s'est rendu aux HUG.

21. Le 17 mai 2016, l'intimé a encore ajouté qu'à son avis, les contestations du recourant sont dépourvues de valeur puisqu'émises tardivement.

22. Le recourant a quant à lui une fois de plus persisté dans sa position. Selon lui, la Dresse P\_\_\_\_\_, au lieu de mettre en évidence les changements intervenus, s'est livrée à une nouvelle appréciation d'un même état de fait.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

2. 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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).

4. 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. 56 ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé ou, au contraire, amélioré, au point d'influencer son droit aux prestations.
6. 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).

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

7. 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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).

9. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel - ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1).
10. En l'espèce, le recourant soutient que son état s'est aggravé depuis l'automne 2013 (date de sa demande de révision), alors que l'intimé considère pour sa part qu'il s'est au contraire amélioré depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Dans le cas présent, le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en examinant les faits tels qu'ils se présentaient le 10 avril 2000, date de la décision initiale d'octroi de rente, étant rappelé que le 23 novembre 2006 - date de la décision par laquelle l'OAI a tenté une première fois de supprimer la rente allouée jusqu'alors -, il a finalement été constaté, à l'issue de la procédure, qu'aucun changement n'était intervenu. L'état de santé de l'assuré tel qu'il était en novembre 2006 - similaire à celui d'avril 2000 - doit dès lors être comparé à celui qui était le sien en mars 2015 - date de la décision litigieuse.

La décision initiale rendue en avril 2000 retenait que l'assuré pourrait exercer la profession d'opérateur de machine à 50% et à plein rendement, conformément à l'opinion prédominante défendue par les Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Il avait été établi que l'assuré souffrait à l'époque d'une pathologie mixte, organique (protrusion discale L4-L5, hernie discale L5-S1) et, surtout, psychiatrique (crises

anxieuses et trouble somatoforme douloureux). Un état dépressif léger avec éléments de revendication était aussi déjà relevé.

En 2006, l'état était qualifié de stationnaire (état dépressif léger avec éléments revendicateur, fibromyalgie et lombalgies basses).

En 2015, le médecin traitant a indiqué que l'état de son patient restait le même, voire qu'il s'était péjoré par des douleurs au niveau de l'épaule droite, déjà existantes depuis 1993 mais augmentées depuis novembre 2011. Il ressort des rapports des médecins traitants qui suivent l'assuré depuis sa demande initiale que les atteintes présentes lors de l'octroi de la rente et de la première révision sont toujours présentes. S'y est ajouté un problème d'épaule. Si celui-ci a été objectivé cliniquement, il convient de relever qu'il ne s'agit que d'une discrète amyotrophie du sus et du sous-épineux, dont le Dr L\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs plusieurs fois étonné qu'elle se traduise par autant de plaintes. La Dresse M\_\_\_\_\_ n'a pour sa part objectivé aucun déficit sensitivo-moteur et a fait état d'un examen normal. On ne saurait dès lors retenir l'aggravation alléguée par le recourant dans la mesure où les douleurs de l'épaule ne paraissent pas objectivées par des atteintes importantes. On ne parle ici que d'une amyotrophie et d'une bursite sous-acromiale toutes deux qualifiées de discrètes. Quant aux douleurs lombaires, si elles ont été exacerbées par l'accident dont l'assuré a été victime fin 2011, le médecin traitant a indiqué qu'elles étaient rapidement revenues à l'état qui était le leur avant l'évènement. La Dresse P\_\_\_\_\_ a confirmé que s'il y avait bien eu aggravation transitoire sous la forme d'une augmentation des douleurs à l'épaule sur trouble dégénératif modéré aggravé suite à une chute, désormais, l'échographie ne montrait plus ni rupture, ni inflammation, observations corroborant celles du Dr Q\_\_\_\_\_. Eu égard à ces éléments, on ne retiendra pas d'aggravation. Sur ce point, le recours doit être rejeté.

Reste à examiner s'il y a eu amélioration des lombalgies, comme le soutient l'intimé, sur la seule base de l'expertise de la Dresse P\_\_\_\_\_. En effet, celle-ci est la seule à faire état d'une telle amélioration.

L'experte a argumenté cette amélioration de la façon suivante : les douleurs étaient déclarées exactement de la même intensité, mais étaient discontinues; les sciatalgies n'étaient plus continues, mais intermittentes; il n'y avait plus de blocages lombaires; la médication avait diminué; le test de Schober était passé de 10 - 12 cm à 10 - 15 cm, soit un état de souplesse normal; l'assuré n'avait plus besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les gestes simples de la vie quotidienne; il faisait de longues promenades et n'avait pas peur de gravir des pentes; il ne décrivait plus de réveils nocturnes aussi fréquents que par le passé; il pouvait porter des charges de 3 à 4 kg; il n'y avait plus de limitation de la flexion des hanches à 90°; enfin, l'assuré ne se plaignait plus de cervicalgies ou de céphalées.

Ce faisant, force est de constater que la majeure partie des arguments de l'experte, ainsi que le fait remarquer le recourant à juste titre, sont subjectifs, basés sur des déductions tirées des dires de l'assuré, que celui-ci conteste d'ailleurs, tout comme

son médecin-traitant. Quant au test de Schober, l'amélioration décrite ne paraît pas particulièrement spectaculaire et est vraisemblablement attribuable aux fluctuations évoquées par le médecin-traitant.

L'experte s'est appliquée à relever un certain nombre de signes d'exagération dont l'existence était déjà relevée à l'époque de la décision initiale et non contestée par le Dr G\_\_\_\_\_. Il semble cependant que ces signes aient influé de façon non négligeable sur l'évaluation de l'experte.

Au final, on peine à trouver dans le rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ des signes objectifs d'amélioration de l'état de l'assuré par rapport aux situations décrites précédemment, ou même la démonstration que les conséquences des atteintes, inchangées, sur la capacité de gain du recourant auraient diminué. Il apparaît bien plutôt qu'une fois de plus, la nouvelle décision de l'intimé n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation d'une situation inchangée.

Selon la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI concernant la modification du 18 mars 2011 (6<sup>ème</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification.

Il semble que l'intimé ait en réalité cherché ici à effectuer un tel réexamen, dont les conditions ne sont pourtant pas réalisées en l'espèce, puisque la décision litigieuse est intervenue après le délai de trois ans fixé par la loi.

En l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente, le recours doit être admis partiellement, en ce sens que le droit à un trois-quarts de rente est maintenu.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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 CHF 800.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 11 mars 2015.
4. Dit que le recourant a droit à un trois-quarts de rente.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 800.- à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le