REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1539/2007 **ATAS/1354/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 novembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962 et ressortissant espagnol, a travaillé dès 1984 en qualité d'étancheur dans l'entreprise X_____ SA.

2. Dans un rapport du 14 juillet 2000, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a fait état d'un arrêt de travail depuis le 25 mai 2000 en raison d'une sténose aortique sévère symptomatique. Puis, dans un rapport du 5 mars 2001, il a précisé que cette incapacité de travail était due, d'une part, à une sténose aortique apparue au début 2000, d'autre part, à des lombalgies présentes depuis 1999 et se manifestant par un blocage lombaire ainsi que par des sciatalgies à gauche.

3. Le 31 août 2000, l'assuré a subi une opération de remplacement aortique par prothèse qui a nécessité une réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire dès sa sortie de la clinique de chirurgie cardio-vasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le 11 septembre 2000, ainsi qu'un traitement anticoagulant à vie.

4. Le 13 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession.

5. Dans un rapport du 7 mars 2001, le Dr A_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une sténose aortique symptomatique, un remplacement valvulaire aortique et des lombalgies chroniques. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100 % du 22 janvier au 8 mars 1999, du 14 septembre au 12 octobre 1999 et dès le 25 mai 2000. Il a indiqué que le patient souffrait de lombalgies chroniques qui avaient entraîné deux arrêts de travail de plus d'un mois et qui étaient aggravées par les efforts physiques intenses ainsi que par le port de charges. Il a estimé que l'assuré ne pouvait plus reprendre une activité lourde sur le plan physique en raison tant de son problème cardiaque que des lombalgies chroniques de sorte qu'il fallait envisager une réadaptation professionnelle.

6. L'assuré a bénéficié d'une observation professionnelle du 22 octobre 2001 au 25 janvier 2002 auprès du centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Dans leur rapport du 25 janvier 2002, les maîtres de réadaptation ont conclu que l'assuré pouvait travailler dans un emploi pratique ainsi que léger avec rendement normal et à plein temps dans le circuit économique dans des domaines tels que polissage, ouvrier d'usine ou conditionnement léger. Ils ont indiqué que l'assuré devait éviter le port de charges, les travaux à rythme soutenu et les efforts violents. Ils ont estimé que l'assuré pouvait être formé par une mise au courant pratique en entreprise et que la capacité de travail escomptée était entière. Ils ont précisé que l'assuré présentait une timidité et une émotivité qui le limitaient pour le moment. Ils ont proposé une prolongation de la mesure sous forme d'un nouveau mandat de trois mois.

7. Dans un rapport du 28 mars 2002, consécutif à l'observation professionnelle effectuée du 28 janvier au 28 avril 2002, les maîtres de réadaptation ont indiqué que, pendant la prolongation du stage, l'assuré avait eu un rendement de 50 % dans une activité à plein temps. Ils ont précisé qu'en raison de douleurs au thorax, le médecin traitant avait attesté une incapacité de travail dès le 6 mars 2002 pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 24 avril 2002, la direction du CIP a exposé qu'un bilan cardiologique complet était en cours et proposait d'attendre les résultats du bilan de santé avant de mettre sur pied une nouvelle mesure de réadaptation plus progressive.

8. Dans un rapport du 14 mai 2002, le Dr A_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé caractérisée par des douleurs thoraciques et sternales hautes liées à des mouvements répétitifs des membres supérieurs ayant influencé négativement la capacité de travail depuis mars 2002.

9. Dans un rapport du 25 septembre 2002, le Dr B_____, cardiologue, a estimé que l'état de santé était stationnaire. Il a exposé que, depuis l'intervention du 31 août 2000, le patient se plaignait de douleurs dans la région sternale haute surtout lors du stage de réinsertion professionnelle au cours duquel il avait pratiqué des activités nécessitant des mouvements avec les membres supérieurs. Il a précisé qu'il existait de discrets signes d'arthrose au niveau de la jonction sterno-claviculaire droite mais que la symptomatologie douloureuse avait fortement diminué ce qui augurait d'un pronostic plutôt favorable. Il a proposé de prolonger l'incapacité de travail, puis de poursuivre les tentatives de réorientation professionnelle une fois que les douleurs thoraciques seraient complètement sous contrôle.

10. Dans un rapport du 17 octobre 2002, le Dr C_____, médecin adjoint de la division de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué des douleurs post-sternotomie, une sténose aortique congénitale, une hypercholestérolémie, des cupulolithiases constatées en 1995 et un remplacement valvulaire aortique en mai 2000. Il a observé la présence de douleurs chroniques post-sternotomie associées à un état anxio-dépressif (tristesse, repli sur soi, crainte pour sa santé avec sentiment de ne jamais pouvoir la recouvrer). Il a relevé que l'imagerie n'était pas spécifique mais tout de même compatible avec une pseudarthrose. Il a proposé, notamment, un traitement antalgique efficace, une physiothérapie de mobilisation et de renforcement pectoral progressif, un traitement antidépresseur anxiolytique et une psychothérapie.
11. Dans un nouveau rapport du 25 novembre 2002, le Dr C_____ a précisé que la sténose aortique congénitale n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans l'annexe concernant la réinsertion professionnelle, il a estimé qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité ne sollicitant pas les pectoraux qui pouvait être pratiquée à 50 % pour le moment.

12. L'assuré a bénéficié d'une nouvelle observation professionnelle du 10 mars au 8 juin 2003 afin de participer à des stages en entreprise. Dans son rapport du 27 juin 2003, la direction du CIP a indiqué que l'assuré avait pu travailler à mi-temps et fournir des rendements acceptables mais que, dès qu'on lui parlait d'augmenter son temps de travail, il réagissait en devenant tout pâle, en tremblant fortement et en disant que cela lui était impossible. Elle a estimé que l'apparente émotivité de l'assuré impliquait le besoin d'un environnement calme et non stressant. Elle a noté qu'une entreprise avait constaté que l'assuré sentait quelquefois l'alcool le matin en arrivant, ce qui avait été confirmé par les observations des maîtres de réadaptation. Elle a constaté l'échec de l'aide au placement.

13. Par prononcé du 12 août 2003, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 100 % du 25 mai au 31 octobre 2001 ainsi que du 1er au 31 mars 2003, puis un degré d'invalidité de 68.1 % dès le 1er juin 2003 calculé sur la base d'un salaire statistique réalisé à 50 %.

14. Par décision du 17 août 2003, l'OCAI a rejeté la demande de mesures professionnelles considérant que celles-ci n'étaient plus nécessaires puisque l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière.

15. Par décisions du 2 septembre et 8 octobre 2003, entrées en force, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er mai au 31 octobre 2001, du 1er au 31 mars 2003 et dès le 1er juin 2003.

16. Dans un questionnaire pour révision de rente du 16 décembre 2004, consécutive à la 4ème révision de la loi sur l'assurance invalidité, l'assuré a indiqué qu'il était sans activité lucrative et que, depuis l'octroi de la rente, il n'avait pas fait l'objet d'un changement professionnel.

17. Sur demande de l'OCAI, dans un rapport du 25 janvier 2005, le Dr A_____ a précisé que l'état dépressivo-anxieux était modéré et que le patient n'avait pas souhaité entreprendre le suivi psychiatrique proposé.

18. Le 23 février 2005, l'OCAI a rappelé à l'assuré son obligation de diminuer le dommage et lui a demandé de prendre contact avec un médecin psychiatre pour entreprendre le suivi psychiatrique proposé.

19. Dans un rapport du 3 février 2006, le Dr D_____, médecin au département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un syndrome de dépendance à l'alcool existant depuis 1985 (F. 10.24). Ce spécialiste a précisé que l'assuré avait une consommation quotidienne d'alcool de quatre à cinq verres, mais qu'il consommait beaucoup plus qu'il ne le disait, et que le pronostic du point de vue de l'addiction était mauvais. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, il a précisé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection et que ces troubles n'étaient pas

réactionnels à des événements de vie adverse. Il a considéré que l'affection psychique entraînait une incapacité de travail de 100 %.

20. À la suite du mandat d'expertise que l'OCAI lui a confié, le Dr E_____, rhumatologue, a examiné l'assuré, le 30 mai 2006. Dans son rapport du 4 juillet 2006, l'expert a diagnostiqué une sténose aortique congénitale sévère après remplacement valvulaire aortique le 31 août 2000, des lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 modérée et devenant plus régulière dès 1999, des troubles de la personnalité avec alcoolisme de longue date. Il a exposé que la situation clinique de l'assuré s'était nettement péjorée au cours de l'année 1999 en relation avec l'aggravation d'une dyspnée d'effort et de lombalgies qui existaient cependant depuis plusieurs années. Il a précisé que, malgré le remplacement valvulaire en août 2000, l'assuré s'était toujours plaint d'une fatigue persistante et d'une dyspnée à l'effort. Il a estimé que le patient semblait sincère lorsqu'il s'estimait incapable de travailler ce qui permettait de penser que la maladie alcoolique était en grande partie responsable de cette incapacité et correspondait chez lui à un trouble psychique évident. Il a considéré que le problème cardiologique ne permettait pas à l'assuré de poursuivre une activité qui réclamait des efforts importants mais autorisait certainement une activité tranquille à temps complet. Quant aux lombalgies chroniques, il a expliqué qu'elles empêchaient également un travail exigeant des efforts, le port de charges, les positions inconfortables prolongées, mais qu'elles permettaient certainement un travail adapté en position assise ou variée qui ne demandait pas de gros efforts et qui pouvait être accompli à 100 %. Il a ajouté que la fatigabilité liée à la situation cardiaque, à une hépatite toxique probable et aux troubles psychiques mentionnés diminuait certainement de 30 à 50 % le rendement d'une activité à temps complet. Il a conclu que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée qui consistait en une activité simple pouvant être accomplie en position assise qui autorisait certains changements de position et qui ne réclamait pas de gros efforts ou le port de lourdes charges tels que le polissage de robinets ou de petits travaux dans la fabrication de robinets comme l'assuré en avaient déjà effectués lors des stages de réadaptation.
21. Dans un rapport du 14 août 2006, le Dr F_____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que les lombalgies mécaniques en rapport avec une discrète discopathie L4-L5 n'entraînaient que des limitations fonctionnelles minimes. Il a observé que la cicatrice thoracique n'était plus douloureuse actuellement et a conclu à une amélioration de la situation par rapport à celle ayant motivé la rente. Il a estimé que le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool retenu par les psychiatres des HUG n'était pas invalidant sur le plan médico-assécurologique et que les hypothèses de l'expert sur un trouble psychique autre que l'alcoolisme ainsi que sur les conséquences de l'atteinte cardiaque n'étaient pas corroborées par les spécialistes. Il a noté que l'assuré présentait une hépatomégalie vraisemblablement dans le cadre de son éthylisme mais qu'il n'était nullement établi qu'elle puisse être responsable de la symptomatologie dont se plaignait l'assuré en l'absence de signes d'insuffisance

hépatique. Il a exposé que la dyspnée et la fatigue n'étaient pas d'origine somatique réellement démontrée de sorte que l'expert ne pouvait pas prétendre que ces symptômes étaient liés à une atteinte cardiaque ou hépatique. Il a ajouté qu'une diminution de rendement de 30 à 50 % sur une activité à plein temps n'était pas justifiée. Il a relevé que l'assuré était angoissé ainsi que probablement déconditionné par l'absence d'activité professionnelle depuis plus de six ans et qu'il avait été marqué tant par son affection cardiaque que par son opération de sorte que l'ensemble de ce contexte jouait un rôle dans ses plaintes dont le substrat organique faisait défaut. Il a conclu que seules les lombalgies chroniques avaient une incidence sur la capacité de travail résiduelle et qu'elles permettaient l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, à condition que le port de charges lourdes soit limité à 10 kilos maximum et que cette activité ne comporte ni travaux pénibles de manutention, ni mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, ni position statique prolongée, ni position accroupie ou à genoux, ni déplacements sur sol irrégulier, ni travail en hauteur ou sur une échelle.

22. Dans un rapport du 28 novembre 2006, le Dr H_____, médecin au SMR et spécialiste en médecine interne, a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis la décision initiale d'octroi de prestations, soit en tout cas depuis le 30 juin 2005, date du début du suivi psychiatrique par le Dr D_____. Il a indiqué que la maladie alcoolique de l'assuré était d'allure primaire et que ses conséquences secondaires aiguës ou subaiguës n'étaient pas prises en considération dans le cadre de l'assurance-invalidité.

23. Dans un projet de décision du 23 janvier 2007, l'OCAI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer la rente d'invalidité dès le 1er mars 2007 dès lors qu'on pouvait exiger de sa part la mise en oeuvre d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité légère, sans diminution de rendement. Selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, il a établi un taux d'invalidité de 37 % ne permettant pas le maintien du droit à la rente. Il a ajouté que l'état de santé s'était amélioré depuis la décision initiale de prestations et que cette amélioration pouvait être fixée au 30 juin 2005. De plus, il a considéré que des mesures professionnelles seraient vouées à l'échec en raison de la dépendance à l'alcool et n'étaient donc pas indiquées.

24. Par décision du 27 février 2007, il a confirmé sa position.

25. Par acte du 16 avril 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, subsidiairement à une demi-rente. Il a allégué que les conditions d'une révision n'étaient pas réunies dès lors que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision initiale. À titre subsidiaire, il a relevé qu'au cas où il fallait admettre que les conditions d'une reconsidération étaient remplies, le rapport du

Dr E_____ remplissait manifestement toutes les conditions pour qu'une valeur probante lui soit reconnue et que son appréciation était corroborée par les nouveaux rapports médicaux produits avec son écriture. Il a allégué que seul le volet psychiatrique de l'expertise du Dr E_____ était contredit par le Dr D_____ qui considérait que l'incapacité de travail était due uniquement à un syndrome de dépendance à l'alcool, mais qu'il n'en demeurait pas moins qu'une diminution de rendement devait être admise pour les autres motifs évoqués et pouvait être raisonnablement fixée au bas de la fourchette mentionnée par l'expert, à savoir à 30 %. Il a observé qu'il n'existait aucun motif de révision ou de reconsidération pour s'écarter du salaire sans invalidité qui avait été retenu dans la décision initiale après l'avoir réactualisé en fonction des salaires nominaux et que, ce faisant, le taux d'invalidité était de 40.2 % ce qui ouvrait le droit à un quart de rente sans tenir compte de la diminution de rendement de 30 %, alors qu'en prenant en considération cette dernière on aboutissait à un taux de 58 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. Enfin, il a allégué qu'il fallait tenir compte du taux maximum d'abattement de 25 % sur le revenu d'invalide eu égard aux nombreuses limitations qui restreignaient sa reprise d'activité. Il a produit dans la procédure un rapport du Dr B_____ du 1er mars 2007 et un rapport du Dr A_____ du 5 mars 2007. Dans le premier, le cardiologue a considéré que, sur le plan cardiologique, l'état du patient était compatible avec une activité professionnelle légère, de type activité de bureau ou travaux légers de manutention. Il a ajouté que l'éventualité d'une récidive de douleurs thoraciques constituait également un handicap sérieux à la reprise d'une activité professionnelle. Dans le second, le médecin traitant a confirmé les diagnostics déjà connus et a fait état d'un status post-fracture de l'épaule droite survenue au mois d'août 2006, à la suite d'une chute dont la récupération était encore incomplète puisque l'abduction et les rotations de l'épaule droite étaient limitées. Il a estimé qu'une activité physiquement contraignante pour le membre supérieur droit telle que soulever des poids ou effectuer des mouvements répétitifs de l'épaule n'était actuellement pas possible. Quant à la dépendance et à l'abus de l'alcool, le Dr A_____ a précisé qu'ils avaient entraîné une hépatite alcoolique, une pancréatite aiguë nécrosante et une polyneuropathie des membres inférieurs.

26. Dans sa réponse du 8 juin 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours considérant que le recourant ne soulevait aucun argument susceptible de l'amener à une appréciation différente du cas. Pour le surplus, il s'est référé à la motivation ressortant de sa décision.

27. Dans son écriture du 29 juin 2007, le recourant a produit un rapport du Dr I_____, angiologue, du 4 juin 2007 faisant état d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, de stade II, prédominant à gauche où l'échographie parlait en faveur de lésions proximales et d'une possible occlusion de l'artère fémorale superficielle. Ce spécialiste a indiqué que, si l'évolution n'était pas favorable, il fallait envisager une artériographie dans l'idée d'une revascularisation.

28. Dans son écriture du 23 juillet 2007, l'intimé a considéré que le rapport du Dr I_____ n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause sa position dans la mesure où il ne donnait aucune indication sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

29. Le 2 août 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant, puis, le 15 août 2007, il a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elles sont applicables en l'espèce dès lors que la procédure de révision de rente instaurée par l'intimé est postérieure au 1er janvier 2004 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 27 février 2007 a été reçue par le recourant le 2 mars 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte qu'il est arrivé à échéance le dimanche 1er avril 2007, respectivement le lundi 2 avril 2007 (cf. art. 38 al. 3 LPGA; art. 17 al. 3 de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA)

en liaison avec les art. 1er et 6 al. 1 let. b LPA). Or, les délais de recours sont suspendus du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement, soit, en 2007, du 1er au 15 avril (art. 89C let. a LPA et 38 al. 4 let. a LPGA). En définitive, le recours déposé le 16 avril 2007 a été formé en temps utile, l'ultime jour du délai. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des
art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit à la rente du recourant en raison d'un changement important des circonstances depuis la décision du 17 mai 2003 lui allouant une rente entière d'invalidité.

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. 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 (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

   Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158

consid. 3c). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne pas un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 17 LPGA) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1).

6. 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

7. Le recourant allègue qu'il n'existe aucune motif de révision de sa rente puisque son état de santé ne s'est pas modifié depuis la décision initiale, que toutes les conditions sont réunies pour reconnaître la valeur probante du rapport d'expertise du Dr E_____ et que, selon cette expertise, il faut admettre au minimum une diminution de rendement de 30 % dans l'exercice d'une activité adaptée. Il reproche également à l'OCAI de s'être écarté du revenu sans invalidité retenu dans la décision initiale de rente.

   Pour sa part, l'intimé conteste les conclusions de l'expert en tant qu'il retient une baisse de rendement de 30 à 50 % en raison d'une fatigabilité liée à la situation cardiaque, à une hépatite toxique probable et à la maladie. Il soutient que les hypothèses de l'expert sur l'existence d'un trouble psychique et sur les conséquences de l'atteinte cardiaque ne sont confirmées par aucun spécialiste. Il considère que seules les lombalgies doivent être prises en compte dans la capacité de travail résiduelle qui est entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Il estime que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 30 juin 2005, date du début du suivi psychiatrique.

   En l'espèce, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait lors de la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité, le 2 septembre 2003, avec celle existant au moment de la décision du 27 février 2007.

   A l'époque de la décision initiale de rente, le dernier rapport médical d'un spécialiste remontait au 25 novembre 2002 et émanait du Dr C_____, rhumatologue, qui diagnostiquait, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs post-sternotomie depuis mai 2000 avec possible pseudarthrose et un état

anxio-dépressif probablement post-sternotomie aussi, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une sténose aortique congénitale (hypercholostérolémie). Il attestait une incapacité de travail entière du 25 mai 2000 jusqu'au jour de l'examen. Il estimait que la capacité de travail au poste occupé jusqu'ici pouvait être améliorée en poursuivant la physiothérapie, le traitement antalgique et en instaurant un traitement antidépresseur anxiolytique. Il considérait que l'assuré pouvait exercer une autre activité ne sollicitant pas les pectoraux dans un premier temps à 50 % et qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement dans une faible mesure s'il travaillait à 50 % sans sollicitation des pectoraux. Il était d'avis que, dès le 26 novembre 2002, cette capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité légère tenant compte des limitations existantes. Dans un autre rapport du 17 octobre 2002, il faisait état de douleurs lombaires à discrète prédominance matinale depuis l'âge de 30 ans avec rares épisodes de sciatalgies droites. Dans un rapport du 14 janvier 2003, le Dr CLAIVAZ exposait qu'une pseudarthrose du sternum semblait être démontrée et que, du point de vue cardiologique, il n'y avait pas de limitation pour les activités physiquement même assez importantes. Il ajoutait que si une activité mobilisant trop les muscles pectoraux ne convenait pas, il fallait envisager un travail qui ne sollicitait que les avants-bras, dans un premier temps exercé à 50 % conformément à l'appréciation du médecin traitant. Pour leur part, lors des stages professionnels effectués du 10 mars au 8 juin 2003 avec travail à mi-temps et rendement acceptable, les responsables de ces stages avaient remarqué des tremblements qu'ils avaient attribués à une apparente émotivité, ainsi qu'un manque de force pour serrer les pièces et avaient constaté des signes de consommation d'alcool. Ils avaient admis que le recourant était capable d'exercer une activité simple et sérielle à mi-temps pour autant que le cadre professionnel fût calme et sécurisant. Ils avaient conclu que l'aptitude au travail limitée à un poste à mi-temps était imputable aux réactions de l'assuré à l'annonce de l'augmentation du temps de travail (pâleur et tremblements) et non pas aux atteintes à la santé à la base de la demande de prestations.

Au moment de la décision de suppression de rente du 27 février 2007, dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2006, le Dr E_____ diagnostique une sténose aortique congénitale sévère, des lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 modérée et des troubles de la personnalité avec alcoolisme de longue date. L'expert précise que, même si les tests fonctionnels cardiologiques ont montré de bons résultats, le patient s'est toujours plaint d'une fatigue persistante et d'une dyspnée à l'effort. Il considère que, sur le plan cardiologique, la situation clinique et fonctionnelle permet une activité évitant les efforts. Quant aux lombalgies, il observe qu'elles ont un caractère relativement modéré permettant une mobilité globalement satisfaisante du rachis lombaire et qu'elles autorisent une activité en position assise au moins à temps partiel. Il note que, durant l'examen, le recourant s'est montré très anxieux et tendu, sans toutefois présenter de trouble psychique majeur l'empêchant d'exercer une activité professionnelle peu stressante. Il estime

que la maladie alcoolique est en grande partie responsable de l'incapacité de travail et correspond à un trouble psychique évident. Il retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir sans gros effort ni port de lourdes charges, exercée en position assise autorisant certains changements de position, mais un rendement diminué de 30 à 50 % en raison de la fatigabilité liée à la situation cardiaque, à une hépatite toxique probable et aux troubles psychiques.

Pour sa part, dans un rapport du 3 février 2006, le Dr D_____ diagnostique un syndrome de dépendance à l'alcool présent depuis 1985 avec consommation compulsive d'alcool et banalisation de la consommation. Il ne retient pas de trouble de la personnalité et considère que les troubles psychiques ne sont pas réactionnels à des événements de vie adverses. Il conclut à une incapacité de travail entière et précise qu'à son avis, l'arrêt de travail à 100 % dépend de la prise d'alcool.

Par ailleurs, dans un rapport du 5 mars 2007, le Dr A_____ mentionne un status post-fracture de l'épaule droite survenue au mois d'août 2006 empêchant le port de poids ou des mouvements répétitifs de l'épaule droite, une hépatite alcoolique, une pancréatite aiguë nécrosante et une polyneuropathie des membres inférieurs. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'espèce, même si le rapport du Dr A_____ est postérieur à la décision attaquée du 27 février 2007, il mentionne des faits survenus antérieurement à celle-ci, notamment une fracture de l'épaule droite qui s'est produite au mois d'août 2006 de sorte qu'il doit être pris en considération dans le présent litige.

L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr E_____. En tant que rhumatologue, l'expert n'a pas la compétence pour poser un diagnostic psychiatrique ainsi qu'il le relève lui-même dans son rapport d'expertise. Toutefois, étant donné que le Dr D_____, qui est psychiatre, a diagnostiqué un syndrome de dépendance à l'alcool, rien n'empêchait l'expert de reprendre ce diagnostic. Pour le surplus, les diagnostics somatiques qu'il mentionne sont confirmés par les autres pièces du dossier. Son appréciation du rendement du recourant tient compte d'une fatigabilité persistante liée à la sténose aortique et au remplacement valvulaire aortique qui en a suivi, à une hépatite toxique probable ainsi qu'aux troubles psychiques. Ainsi que le relève l'intimé, la fatigabilité retenue par l'expert en rapport avec le trouble cardiaque n'est mentionnée par aucun autre médecin de sorte qu'elle ne repose sur aucun élément objectif mais sur les seules

déclarations du recourant. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés en matière de preuve, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Par ailleurs, contrairement à ce que prétendent les médecins du SMR, même si les séquelles des troubles cardiaques et lombaires sont minimes, il n'est pas inconcevable qu'elles entraînent une légère diminution de rendement d'autant plus que le médecin traitant est du même avis en ce qui concerne les lombalgies. Toutefois, dans son appréciation, l'expert n'évalue pas séparément les incidences sur le rendement des divers troubles constatés, notamment en relation avec les troubles somatiques diagnostiqués étant précisé que l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail incombe à un psychiatre. Par conséquent, son rapport est incomplet quant à la capacité résiduelle de travail du recourant étant précisé que, pour le reste, son rapport d'expertise contient des données actualisées parfaitement utilisables pour apprécier l'état de santé du recourant au moment de l'expertise.

En définitive, à l'époque de la décision initiale de rente, l'assuré souffrait essentiellement de douleurs post-sternotomie avec état anxio-dépressif alors que les douleurs lombaires provoquant de rares épisodes de sciatalgies droites et la pose d'une prothèse valvulaire sur sténose aortique empêchaient la reprise d'une activité lourde sur le plan physique. Sa capacité résiduelle de travail était de 50 % dans une activité légère, simple et sérielle, ne sollicitant pas les pectoraux pour autant que le cadre professionnel fût calme et sécurisant. Elle était limitée par les réactions de l'assuré et non pas par les atteintes à la santé à la base de la demande de prestations. Par ailleurs, l'intimé était parfaitement au courant de l'existence d'une consommation excessive d'alcool qu'il n'a toutefois pas investiguée. Notamment, il n'a pas cherché à élucider si les tremblements invalidants observés lors des stages de réadaptation professionnelle étaient réellement imputables à l'émotivité du recourant ou à sa consommation excessive d'alcool.

Quant à la situation au moment de la décision de suppression de rente, outre le status après pose d'une prothèse valvulaire sur sténose aortique et lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 modérée, elle révèle la disparition des douleurs au sternum et la présence d'un alcoolisme de longue date ainsi qu'un status après fracture de l'épaule droite. La capacité de travail du recourant est considérée comme entière dans une activité adaptée en raison des lombalgies modérées et de la situation cardiaque, à savoir évitant les efforts, le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs de l'épaule droite, exercée en position assise avec certains changements de position. En revanche, le rendement du recourant est considéré comme diminué en raison d'une fatigabilité liée à divers troubles.

8. La comparaison entre la situation médicale prévalant entre 2002 et 2003 avec celle existant entre 2006 et 2007 est superposable. Elle montre, de plus, la disparition des

douleurs au sternum depuis une date qui n'est pas précisée, l'apparition tant d'une hépatique alcoolique depuis une date qui n'est pas davantage précisée que d'un status post-fracture de l'épaule droite consécutif à une chute survenue en août 2006. Dans un rapport du 28 novembre 2006, le Dr H_____ considère que l'état de santé s'est amélioré en tout cas depuis le 30 juin 2005, date du début du suivi psychiatrique par le Dr D_____. Cette appréciation du SMR n'est pas suffisamment motivée pour qu'une valeur probante lui soit reconnue, puisqu'on ne voit pas en quoi le simple début du traitement psychiatrique a une incidence sur l'état de santé du recourant, respectivement sur sa capacité résiduelle de travail. Au contraire, dans son rapport du 3 février 2006, le Dr D_____ précise que le recourant banalise sa consommation d'alcool, qu'il n'envisage pas l'arrêt de l'alcool et que le syndrome de dépendance à l'alcool entraîne une incapacité de travail de 100 % sans que ce taux puisse être retenu sans autre acte d'instruction, faute de motivation à ce sujet. Ces précisions du psychiatre démontrent que le suivi psychiatrique n'a pas permis l'arrêt de la consommation d'alcool et donc que, contrairement à ce que prétend l'intimé, l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis la décision initiale de rente.

La capacité résiduelle de travail du recourant ne s'est pas davantage améliorée entre les deux décisions puisqu'à l'époque de la décision initial de rente, elle était évaluée à 50 %, alors qu'au moment de la décision de suppression de rente, elle est de 100 % avec diminution de rendement et serait même nulle d'après le psychiatre. L'alcoolisme du recourant et ses effets secondaires semblent avoir une part prépondérante dans la limitation de sa capacité de travail résiduelle comme cela était déjà le cas à l'époque de la décision initiale de rente puisqu'il est présent depuis 1985 et que les maîtres de réadaptation considéraient, déjà en 2003, que la capacité de travail était limitée à mi-temps en raison des réactions de l'assuré en cas de stress (pâleur et tremblements) et non pas des atteintes à la santé à la base de la demande de prestations. Or, selon la jurisprudence, la toxicomanie ne constitue pas, en soi, une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Dans son rapport du 28 novembre 2006, le Dr H_____ affirme que la maladie alcoolique du recourant est d'allure primaire et que ses conséquences ne sont pas prises en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Toutefois, cette appréciation ne repose, ni sur une anamnèse existant à ce sujet puisque le recourant occulte sa consommation excessive d'alcool, ni sur un entretien psychiatrique

puisqu'il n'a pas examiné l'assuré. De plus, elle émane d'un médecin interniste qui n'a pris aucun contact avec le psychiatre traitant avant de proférer une telle affirmation. Par conséquent, faute d'être motivée et étayée par des éléments objectifs, son appréciation n'est pas probante. Force est de constater que l'intimé n'a pas mis en œuvre d'expertise psychiatrique évaluant le caractère primaire ou secondaire de la dépendance du recourant à l'alcool ainsi que l'existence d'atteintes séquellaires ayant une incidence sur sa capacité de gain. Par ailleurs, bien que l'intimé a eu connaissance de la fracture de l'épaule droite par la lecture du recours, il n'a procédé à aucun acte d'instruction à ce sujet et s'est borné à prétendre que le rapport du Dr A_____ du 5 mars 2007 ne lui permettait pas de procéder à une autre appréciation du cas. Ce faisant, il a statué sans tenir compte de ce nouvel élément de sorte qu'il a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais, de plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office ressortant de l'art. 43 al. 1 LPGA, en vertu duquel l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 6). Par conséquent, les faits ne sont pas suffisamment élucidés pour admettre que les conditions d'une révision de rente sont réalisées. Si, après avoir demandé un complément d'expertise au Dr E_____ et instruit la question de l'atteinte à l'épaule droite, l'intimé estime que l'état de santé du recourant ou sa capacité résiduelle de gain s'est améliorée depuis la décision initiale de rente, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'un spécialiste en dépendance au sujet de l'alcoolisme du recourant et de ses séquelles, puis de rendre une nouvelle décision.

Quant à savoir si c'est de façon manifestement erronée que l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité par décisions du 2 septembre et du 8 octobre 2003, force est de constater que, faute d'instruction sur le caractère primaire ou secondaire de la dépendance du recourant à l'alcool et de ses séquelles, les conditions d'une reconsidération ne sont pas réalisées.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 27 février 2007 sera annulée. Le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'800 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu du sort du recours et des nombreuses lacunes dans l'instruction du dossier, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 27 février 2007.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens.

5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Sylvie CHAMOUX — Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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