RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2639/2020 **ATAS/67/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er février 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Mourad SEKKIOU

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, est arrivé en Suisse le 14 avril 2005. Il a été engagé en tant qu'ouvrier cariste à plein temps par l'entreprise B_____ dès le 2 octobre 2006 et jusqu'au 30 septembre 2013.

b. Il s'est retrouvé en incapacité de travail totale pour cause de maladie (douleurs au dos et en marchant) dès le 7 janvier 2013 (cf. certificat médical du docteur C_____du 7 janvier 2013) et a été mis au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-maladie.

B. **a.** L'assuré a fait une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé) par formulaire du 6 juin 2013.

b. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a notamment réuni les documents médicaux suivants :

- un rapport du 16 janvier 2013 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel retenait que son patient souffrait d'une vertèbre de transition lombo-sacrée, d'une hernie discale L3-L4 sous-ligamentaire, de localisation paramédiane droite entrant discrètement en conflit avec la racine L4 droite, d'une protrusion discale circonférentielle L4-L5 sans image d'hernie, pas d'argument pour un canal lombaire étroit, des herniations intra-spongieuses au niveau des plateaux vertébraux prédominants sur le plateau supérieur de L4 et d'une sclérose des versants iliaques avec suspicion d'érosions ; à confronter au HLA-B27 ;

- un formulaire d'évaluation de la capacité de travail de l'assuré établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le 8 avril 2013, selon lequel le diagnostic pertinent était une spondylarthrose ankylosante HLA-B27 négatif ;

- un rapport médical du 21 juin 2013 du Dr E_____ selon lequel le diagnostic pertinent était une spondylarthrose ankylosante HLA-B27 négatif et des lombalgies chroniques sur la L3-L4 comprimant la L4 droite et des sciatalgies ;

- un rapport médical du 25 juin 2013 du Dr E_____ indiquant que son patient souffrait de lombalgies chroniques irradiant dans les deux cuisses et décrivait des douleurs en fin de nuit, l'obligeant à se lever et une raideur matinale de plus de deux heures. Les examens radiologiques avaient mis en évidence une hernie discale L3-L4 droite comprimant la L4 et des érosions au niveau des sacro-iliaques ; l'examen clinique confirmait la raideur lombaire et dorsale ; l'examen neurologique était sans particularité ; le dosage HLA-B27 était négatif. Il avait mis son patient sous traitement de Humira et la situation clinique s'améliorait lentement. Sa capacité de travail était nulle dans toute profession ;

- un rapport médical du 27 juin 2013 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ayant posé le diagnostic de lombalgie chronique sur hernie discale L3-L4, d'érosions au niveau des sacro-iliaques et de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative ;

- une analyse de la situation faite par la case manager de l'assureur-maladie du 16 septembre 2013 dans laquelle le diagnostic était celui d'une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positive sévère ;

- un rapport médical du 12 juillet 2013 du Dr E_____ avec un diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 « + » ;

- un rapport médical du 9 octobre 2013 du Dr D_____ qui indiquait que l'« hernie discale L3-L4 était moins volumineuse ; protrusion discale circonférentielle L4-L5 sans évolution, canaux radiculaires symétriques et libres ; sclérose modérée des facettes articulaires postérieures ; pas d'argument pour un canal lombaire étroit, vertèbre de transition lombo-sacrée sous forme de sacralisation de L5 expliquant l'aspect normalement pincé de l'espace intersomatique L5-S1 ; irrégularité des surfaces articulaires sacro-iliaques dans le cadre d'une maladie de Bechterew » (spondylarthrite ankylosante) ;

- un rapport médical du Dr E_____ du 5 novembre 2012 (recte : 2013) concluant à une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 sévère et une hernie L3-L4 ;

- et un rapport des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 17 décembre 2013 selon lequel l'assuré a consulté pour des lombalgies. Cliniquement, les médecins retenaient un syndrome lombo-vertébral sans syndrome radiculaire irritatif et une absence de déficit sentivo-moteur aux membres inférieurs. Selon les radiographies du 9 octobre 2013, il existait une discopathie dégénérative modérée en L4-L5 et un peu plus accentuée en L5-S1, associée à une protrusion discale circonférentielle à ces deux niveaux, sans conflit radiculaire décelable (cf. rapport de la doctoresse G_____et du docteur H_____).

c. Par décision du 17 mars 2014, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % depuis le 1er janvier 2014. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

C. **a.** En date du 28 juin 2018, l'OAI a initié une procédure de révision.

b. Par formulaire du 4 juillet 2018, le Dr E_____ a décrit que la situation de l'assuré s'était aggravée ; son patient ne pouvait exercer aucune activité ; le pronostic était mauvais et les symptômes étaient une raideur du rachis, des graves troubles posturaux et une ampliation thoracique.

c. Le SMR a jugé qu'il convenait de soumettre l'assuré à un examen clinique rhumatologique. Le docteur I_____, rhumatologue FMH, a dès lors reçu l'assuré

le 12 février 2019. L'assuré a reçu un bon pour un aller-retour en train pour cette consultation à Vevey. Le médecin a constaté que l'incapacité de travail de l'assuré était toujours entière dans la dernière activité. Il a retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante comme probable (M45) et, comme diagnostics associés, des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L3-L4 (M54), un syndrome rotulien bilatéral (M22.2) et des douleurs et des limitations fonctionnelles des deux épaules dans le cadre d'une arthrose acromio-claviculaire bilatérale et d'acromions crochus avec statu après opération pour probable tumeur bégnine osseuse et une obésité sans répercussion sur la capacité de travail. Il a proposé de réévaluer la capacité dans une activité adaptée après une observation externe. Il a constaté que le patient était très démonstratif et peu collaborant. Il a considéré que les douleurs dorsales invoquées en cas de position assise étaient incompatibles avec le fait que le patient s'était rendu en avion en Algérie en fin 2018 et qu'il était venu en train à sa consultation à Vevey.

d. Dans un rapport du 13 février 2019, le Dr D_____ a indiqué que les radiographies de la colonne cervicale montraient une légère scoliose à convexité droite avec une lordose physiologique conservée, pas de discopathie, ni de tassement vertébral, pas de spondylo, ni rétrolisthésis ; celle de la colonne dorsale montrait une scoliose à convexité droite avec accentuation de la cyphose physiologique, ostéophytose antérieure à l'étage inférieur, pas de discopathie, ni de tassement vertébral ; celle de la colonne lombaire, une scoliose à convexité droite avec une lordose physiologique diminuée, discopathie L3-L4, ostéophytose antérieure en L3, L4 et L5, sacralisation de L5 expliquant l'aspect anormalement pincé de l'espace inter-somatique L5-S1 ; celle du bassin debout, une sclérose de part et d'autres des articulations sacro-iliaques à prédominance gauche sans érosion, pas de pincement coxo-fémoral, têtes fémorales de sphéricité conservée sans effondrement, pas de calcification à la hauteur des grands trochanters, pas de bascule significative du bassin ; celle de l'épaule droite, un espace articulaire gléno-huméral conservé, îlots osseux d'aspect banal au niveau de la tête humérale, pincement acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial rétrécissant de la distance acromio-humérale ; celle de l'épaule gauche, pas de pincement de l'espace articulaire gléno-huméral, pas de calcification à la hauteur du trochiter, pincement modéré acromio-claviculaire, incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion (type II), pas de calcification à la hauteur du trochiter ; celle de l'humérus droit, une corticale régulière sans apposition périostée, spongieuse osseuse normale ; celle de l'humérus gauche, une déformation dans son tiers distal sous forme d'aspect élargi avec épaississement de la corticale interne pouvant témoigner d'un ancien status traumatique.

e. Le SMR a recommandé de réaliser une expertise rhumatologique qui a été confiée au docteur J_____. Cet expert a examiné l'assuré le 30 octobre 2019. Il a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome

lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, anomalie transitionnelle (sacralisation de L5), minime trouble dégénératif SI supérieur, facettaire postérieur et L4-L5, L5-S, protrusion discale L3-L4, L4-L5 sans signe de souffrance radiculaire, et, comme diagnostics sans répercussion, une légère suspicion d'une spondylarthrite HLA-B27 négative sans signe d'atteinte inflammatoire, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme (diminution du seuil de déclanchement de la douleur), status post-intervention chirurgicale de l'humérus, status post-cure de varices et status post-appendicectomie et un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans discopathie. Du point de vue paraclinique, le bilan effectué jusqu'à ce jour mettait en évidence une anomalie transitionnelle avec sacralisation de L5, des troubles dégénératifs avec discopathie L3-L4, L4-L5 avec protrusion discale sans conflit radiculaire. L'expert notait une minime sclérose des SI supérieurs avec irrégularité des surfaces articulaires, ces lésions étaient compatibles avec des troubles dégénératifs qui restaient cependant sans signe d'érosion significative. Il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire. L'expert exposait, en outre, que l'assuré n'avait pas eu de problème de coopération, tous les traitements entrepris s'étaient soldés par des échecs sur le vécu douloureux, devenu chronique et cristallisé avec extension en tâches d'huile. Quant à l'évolution vraisemblable de la maladie, sous l'aspect rhumatologique, il n'y avait pas eu d'apparition de lésion inflammatoire, qui pouvait étayer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante depuis 2013 ; seuls des troubles dégénératifs notamment avec présence de trouble facettaire postérieur, minime spondylose antérieure et discopathie dans le cadre d'une anomalie transitionnelle avec sacralisation de L5 et des SI au niveau supérieur étaient visualisés. Aussi, l'évolution était probablement liée aux troubles dégénératifs et non pas à une maladie inflammatoire sous-jacente suspectée. Cependant, on assistait à une chronicisation de la symptomatologie douloureuse avec extension en tâches d'huile. L'expert constatait que les traitements du point de vue somatique n'avaient pas permis une quelconque amélioration de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle, celle-ci étant essentiellement en lien avec l'apparition d'une chronicisation de la symptomatologie douloureuse dans un contexte d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il était cependant opportun de proposer à la personne assurée une approche physiothérapeutique active à sec, voire en piscine, avec application de jets de massages. Une médication décontracturante et antalgique, prise de manière régulière, voire tricyclique, dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur, pouvait être proposée. Le traitement par biologie devrait être rediscuté et ce, au vu de l'inefficacité de celui-ci. Les ressources disponibles paraissaient être moyennes, la personne assurée ne pouvant pas se projeter sur un avenir professionnel quelconque, même adapté. Dans une activité adaptée, en respectant les limitations (port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 20 kg), l'assuré présentait une diminution de

performance de 10 % (par rapport à sa capacité de travail résiduelle) et ce, au vu de sa longue inactivité professionnelle, l'exigibilité était de 90 %. Les troubles fonctionnels étaient plausibles du point de vue médical, cependant le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de son impotence fonctionnelle.

f. À l'issue de l'instruction, la situation de l'assuré a été évaluée par le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de production était nulle depuis 2013, mais qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré permettait à ce dernier de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 10 %, au plus tard depuis la date de la dernière expertise réalisée en novembre 2019.

g. Par projet de décision du 26 mars 2020, l'OAI a retenu un taux d'invalidité nul et a révisé le droit à la rente du recourant en le supprimant.

h. L'assuré a contesté ce projet et a adressé des photographies de lui en annexe à son courrier de contestation, par pli du 28 avril 2020. Le Dr E_____ a appuyé l'opposition de son patient en confirmant son avis quant à l'invalidité totale de ce dernier, par pli du 15 mai 2020.

i. Par décision du 30 juin 2020, l'OAI a décidé de supprimer, dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, la rente jusqu'alors versée à l'assuré. L'OAI a évalué le taux d'invalidité de l'assuré dans la sphère professionnelle en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir de son activité lucrative sans atteinte à la santé à celui qu'il pourrait réaliser malgré cette atteinte. Le résultat de cette opération a conclu à une perte de gain de zéro, soit 0 % d'invalidité. En effet, le revenu sans invalidité était chiffré à CHF 52'398.-, alors que le revenu avec invalidité était de CHF 60'687.- ; un large éventail d'activités non qualifiées dans le secteur de la production et des services existait et un grand nombre de ces activités étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, de sorte que ce dernier ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité.

D. **a.** Par acte du 1er septembre 2020, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) et a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que la chambre de céans dise qu'il avait droit de continuer à recevoir une rente complète, sous suite de frais et de dépens. Il a sollicité l'audition du Dr E_____.

b. Le 28 septembre 2020, l'OAI a répondu au recours et a persisté dans sa décision, l'expertise du Dr J_____ étant probante.

c. Le 20 octobre 2020, le recourant a fait part de ses observations sur la réponse de l'OAI et a fait parvenir un bref courrier du Dr E_____.

d. Le 9 novembre 2020, l'OAI s'est appuyé sur l'expertise du Dr J_____ pour exposer pour quelles raisons il était fondé à retenir une amélioration de l'état de

santé de l'assuré. En effet, le Dr J_____ avait mis en lien les limitations fonctionnelles avec des troubles dégénératifs modérés du rachis et non plus une spondylarthrite qui était asymptomatique depuis l'instauration du traitement de Xeljanz ; il était mis en évidence l'absence de signe inflammatoire périphérique et une activité journalière améliorée.

e. Les parties ont été convoquées le 25 mai 2021 à une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes lors de laquelle le Dr E_____ a été entendu en qualité de témoin. Ce dernier a confirmé que l'état de santé de son patient ne s'était pas amélioré. Le traitement avait uniquement évité une issue dramatique mais n'avait pas permis une amélioration de l'état de santé du patient. Il avait introduit un traitement biologique par anticorps en 2015, que le patient poursuivait encore à ce jour. Contrairement à l'expert, le témoin n'avait pas constaté d'amélioration et estimait que les radiographies les plus récentes confirmaient le diagnostic de spondylarthrite. Il était normal que son patient soit allé en train à Vevey pour l'expertise et c'était important pour le moral du patient que celui-ci se rende parfois en avion en Algérie. Le trajet en avion était court et permettait à l'assuré de se lever régulièrement. Le recourant a, pour sa part, indiqué passer la plupart de ses journées au lit en raison de ses douleurs, aller chez sa mère en tram deux fois par semaine et recevoir l'aide de sa sœur pour le ménage et d'un ami pour les courses. Il n'avait plus revu son épouse et leur enfant, domiciliés en Algérie, depuis deux ans en raison de la COVID-19.

f. Le recourant a pu s'exprimer lors de l'audience et l'OAI s'est ensuite déterminé le 10 juin 2021.

g. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

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.

À 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.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

2. Est litigieux le point de savoir s'il existe un motif de révision propre à influencer le droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

2.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins et à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 %. Pour un degré d'invalidité de 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40 % au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propre à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente. Selon la jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 5.2 ; SVR 2018 UV n° 22 consid. 2.2.1).

2.4 Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain ; ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; SVR 2019 IV n° 68 consid. 2).

2.5 Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné, tant sous l'angle des faits que du droit, de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes

estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b ; SVR 2019 IV n° 39 consid. 5).

2.6 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020, consid. 5.2).

2.7 La décision d'octroi d'une rente a été rendue par l'OAI le 17 mars 2014. Elle reposait sur un examen matériel complet du droit. L'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % depuis le 1er janvier 2014. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Cette décision est entrée en force et n'a pas fait l'objet d'une révision avant la procédure initiée d'office par l'OAI le 28 juin 2018. Cette décision doit dès lors servir de base temporelle de comparaison en vue de déterminer si un changement sensible de la situation réelle, susceptible d'influer sur le degré d'invalidité, est survenu depuis son prononcé jusqu'à la décision litigieuse du 30 juin 2020.

L'OAI s'est fondé sur l'expertise qu'il a confiée au Dr J_____ pour retenir une amélioration de l'état de santé de l'assuré lui permettant d'exercer une activité adaptée.

Le recourant conteste cette amélioration sur la base de l'avis du Dr E_____ et conteste la valeur probante de l'expertise, laquelle retient une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé depuis la décision par laquelle l'OAI lui a octroyé une rente. Une révision du droit sous l'angle de l'art. 17 LPGA ne se justifie pas.

2.8 En l'espèce, interrogé par l'OAI dans le cadre de la procédure de révision, le Dr E_____ a confirmé, le 4 juillet 2018, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante posé en 2013 et l'incapacité de travail totale de son patient dans toute activité. L'état de santé de son patient avait connu une aggravation et ce dernier présentait une raideur du rachis thoracique, de graves troubles posturaux et une baisse de l'ampliation thoracique. Le dernier contrôle datait du 3 juillet 2018 et le pronostic était défavorable. Le traitement consistait en la prise d'Olumiant 4 mg/jour en monothérapie. Le Dr E_____ a confirmé, lors de son audition en tant que témoin, que son patient continuait son traitement sans qu'une

amélioration de ses douleurs ne puisse être constatée, mais dans le but d'éviter une issue défavorable ou fatale.

L'expert, dans le cadre de la révision, a procédé à une nouvelle appréciation du cas et a posé un autre diagnostic. Sur la base de ce nouveau diagnostic, l'expert a confirmé que le recourant était totalement incapable d'exercer son ancienne activité, tout en estimant qu'il pouvait exercer une activité adaptée. Il s'est fondé sur le fait que le traitement poursuivi par le recourant, pour ce qui avait, par le passé, été considéré comme une spondylarthrite, n'avait pas permis une quelconque amélioration de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle, celle-ci étant essentiellement en lien avec l'apparition d'une chronicisation de la symptomatologie douloureuse dans un contexte d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Ce faisant, l'expert s'est écarté du diagnostic retenu lors de l'octroi de la rente, lequel a été confirmé, dans le cadre de la révision, par le Dr E_____ pour constater que le traitement ne fonctionnait pas. Il constatait que l'expertisé, malgré les douleurs alléguées, pouvait se déplacer régulièrement chez sa mère, s'était rendu à Vevey pour l'expertise en train et prenait parfois l'avion pour l'Algérie, ce qui démontrait qu'il était capable de rester assis durant une certaine période, contrairement à ses plaintes.

L'expert, s'il pouvait poser un autre diagnostic, ne pouvait en revanche pas constater une amélioration de l'état de santé du recourant. Il a d'ailleurs proposé un traitement différent au regard de son propre diagnostic. L'on ignore si ce traitement pourrait être efficace, mais en l'état actuel du dossier, l'on ne peut dès lors pas retenir une amélioration de l'état de santé du recourant.

L'expert a ainsi apprécié la situation uniquement au moment de son examen, sans prendre position par rapport à la situation passée, et a conclu à l'absence d'incapacité de travail au terme de sa propre analyse. Les appréciations de l'expert quant au diagnostic qu'il pose, aux limitations fonctionnelles qu'il retient et à la capacité de travail dans une activité adaptée, ne constituent que de simples appréciations divergentes d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, conformément au constat dudit expert.

Dans le cadre de la révision, l'on ne constate dès lors pas qu'il y aurait une amélioration de l'état de santé grâce au traitement poursuivi jusqu'à ce jour (ce que l'expert a lui-même nié) depuis la décision d'octroi de rente.

Il s'ensuit qu'aucun motif de révision n'est en l'espèce donné au sens de l'art. 17 LPGA. Le recours est admis et la décision de l'OAI annulée.

3. Au vu du sort du recours, le recourant se verra allouer des dépens de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.

4. Un émolument de procédure de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 30 juin 2020.
4. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- 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 - 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 NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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