

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2716/2012

ATAS/930/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 septembre 2013

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître FONTANET Bénédic

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. M. S_____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, de nationalité suisse, titulaire d'un CFC de boulanger-pâtissier a été employé auprès de la boulangerie-pâtisserie X_____ de 1982 à 2000.
2. En 2000, la division d'endocrinologie et diabétologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a posé le diagnostic d'hypothyroïdie de Hashimoto et le Dr A_____, FMH chirurgie de la main, celui d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral (opérés en mars et mai 2000), de tendinites de tous les fléchisseurs des doigts longs et d'une hyper excitabilité du nerf ulnaire droit au niveau du coude. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 25 janvier 2000.
3. Par décision du 2 juillet 2001, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2001, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
4. Une procédure de révision a été ouverte le 9 janvier 2002.
5. Le Dr B_____, FMH médecine générale, a indiqué le 5 février 2002 que l'assuré souffrait de lombalgies depuis début 2002 et qu'il avait été opéré en mai et septembre 2001 (transposition du nerf ulnaire droit et gauche) et aussi d'une diplopie/kératocône (novembre 2001).
6. Par décision du 15 juillet 2002, l'OAI a maintenu la rente entière d'invalidité.
7. Le 12 août 2003, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
8. Le 2 septembre 2003, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé par la péjoration des problèmes thyroïdiens et l'apparition de troubles visuels. Une intervention était à l'étude.
9. Le 1^{er} mars 2004, le Dr C_____, FMH endocrinologie médecine interne, a indiqué que l'hypothyroïdie entraînait une grande asthénie, de la prostration, de la frilosité, handicapant fortement une reconversion professionnelle.
10. Le 6 janvier 2005, le Dr D_____ du SMR a rendu un avis selon lequel "il s'agit de la deuxième révision d'une rente entière octroyée depuis janvier 2001 à un boulanger de 39 ans pour hypothyroïdie grave, canal carpien bilatéral, transposition du nerf cubital bilatérale, opération de kératocone et lombalgies. Le médecin traitant atteste que l'état de santé s'est aggravé, avec une nouvelle décompensation de l'hypothyroïdie. Une thyroïdectomie serait envisagée. Proposition : maintien de la rente. Révision dans 1 an".
11. Par communication du 18 janvier 2005, l'OAI a maintenu la rente de l'assuré.

12. Le 31 janvier 2006, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
13. le 29 mars 2006, le Dr B _____ a attesté d'un état de santé stationnaire, d'une incapacité de travail totale. Dans l'anamnèse le Dr B _____ relève "au niveau lombaire; infiltrations répétées de stéroïdes au niveau lombaire sans amélioration voire même présence d'une intolérance aux produits avec en plus des sciatalgies iatrogènes au MID. Le dernier bilan montre une atteinte dégénérative de la charnière, le spécialiste le Dr E _____ envisagerait une spondylodèse mais cette intervention ne peut être réalisée (poids, âge et troubles métaboliques). Cette situation est compliquée par le déséquilibre constant de la fonction thyroïdienne avec un contrôle minutieux du Dr C _____, endocrinologue, mais avec encore récemment des valeurs de la TSH au-delà de 100 sous traitement ! Métaboliquement parlant la situation est mauvaise, ainsi qu'au niveau du poids. La physiothérapie est inefficace, le corset ne peut être mis en raison d'obésité".
14. Le 1^{er} mai 2006, le Dr C _____ a relevé que l'état de santé était stationnaire, que l'arrêt de travail était justifié par les lombalgies chroniques et les parésies aux deux bras, l'hypothyroïdie étant actuellement compensée mais que durant 2005, l'assuré avait présenté des coups de fatigue intenses.
15. Par communication du 21 juin 2006, l'OAI a maintenu la rente de l'assuré.
16. Le 25 septembre 2008, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
17. Le 4 novembre 2008, le Dr B _____ a attesté d'un état de santé stationnaire et le 9 novembre 2008, le Dr C _____ également, en mentionnant une hypothyroïdie difficile à corriger.
18. Le 14 janvier 2009, l'assuré a été examiné au Service Médical Régional (SMR) par les Drs F _____, FMH rhumatologie et G _____, FMH médecine interne, diabétologie et endocrinologie. Dans leur rapport du 9 février 2009, les experts ont conclu à un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans un contexte de protrusion médiane L4-L5, L5-S1 et troubles dégénératifs en L4-L5 et des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hypothyroïdie substituée dans un contexte de maladie d'Hashimoto, d'obésité de classe 2, de status post-cure d'un syndrome du canal carpien et transposition du nerf ulnaire bilatérale et protrusions cervicales étagées asymptomatiques. L'assuré était totalement capable de travailler depuis 2002 dans une activité adaptée soit respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.
19. Le 11 mars 2009, le Dr H _____ du SMR a confirmé une capacité de travail de 100 % depuis 2002.

20. Le 29 avril 2010, les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) ont conclu, à la suite d'un stage de l'assuré du 15 mars au 11 avril 2010, à des capacités professionnelles et d'endurance incompatibles avec un emploi dans le circuit économique ordinaire.
21. Par communication du 1^{er} juin 2010, l'OAI a constaté que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées.
22. Le 19 août 2010, les Drs I _____ et J _____ du SMR ont rendu un avis médical selon lequel un rapport devait être demandé à l'ophtalmologue.
23. Le 4 octobre 2010, le Dr K _____, FMH ophtalmologie, a conclu à une fonction visuelle physiologique de l'assuré pour son âge.
24. Le 22 octobre 2010, les Drs I _____ et L _____ du SMR ont conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2002.
25. Le 16 novembre 2011, les EPI ont conclu, suite à une orientation professionnelle de l'assuré du 18 juillet au 16 octobre 2011, à l'impossibilité de réadapter l'assuré en raison de son état de santé physique hormis en atelier adapté comme ouvrier à l'établi dans un secteur de l'industrie légère.
26. Le 23 novembre 2011, le SMR a estimé que l'observation aux EPI ne montrait aucun élément objectif permettant de s'écarter de l'avis du SMR du "28 octobre 2010".
27. Le 29 novembre 2011, la réadaptation professionnelle a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 8 % en se fondant sur un revenu sans invalidité de 59'588 fr. et un revenu d'invalidité de 55'116 fr. (soit selon l'ESS 2008, TA1, homme, niveau 4, indexé en 2009, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,6h et avec une réduction de 10 %).
28. Par projet de décision du 1^{er} décembre 2011, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré.
29. Le 14 décembre 2011, l'assuré a fait opposition à cette décision en transmettant un rapport du Dr B _____ du 14 décembre 2011 selon lequel il pouvait gérer une activité professionnelle légère et simple au maximum à 50 %, comme cela avait été constaté aux EPI. Il a requis une aide au placement afin de pouvoir travailler aux EPI.
30. Le 12 janvier 2012, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il souhaitait travailler aux EPI d'abord à 50 % puis en augmentant chaque année son taux de 10 % jusqu'à un 100 %.
31. Le 21 juin 2012, le Dr M _____ du SMR a estimé que l'avis du Dr B _____ du 14 décembre 2011 n'apportait pas d'élément objectif pouvant

modifier le rapport SMR du 22 octobre 2010 et que l'assuré lui-même envisageait, à terme, de travailler à 100 %.

32. Par décision du 5 juillet 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.
33. Le 7 septembre 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 5 juillet 2012 en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif au recours, principalement à l'annulation de la décision attaquée et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. L'assuré fait valoir que sa rente d'invalidité constitue son seul revenu de sorte que, sans elle, il n'a d'autre choix que de solliciter l'aide sociale et que son recours n'est pas d'emblée voué à l'échec, que l'intimé ne peut réviser la rente en invoquant une capacité de travail totale depuis 2002 ce d'autant qu'il a toujours confirmé dans ses décisions de révision de 2002 à 2008 la rente entière d'invalidité, que les Drs B_____, C_____, N_____ ainsi que les EPI indiquent qu'il ne peut exercer la moindre activité lucrative de sorte que l'intimé ne peut s'en tenir à l'avis du SMR, que la combinaison de tous ses troubles entraîne une invalidité totale et qu'il n'est pas envisageable qu'il reprenne une activité dans le circuit économique normal, même à 50 %.
34. Le 19 septembre 2012, l'intimé a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif au recours, dès lors que les arguments du recourant n'étaient pas suffisants pour admettre une prévision positive sur le fond de l'affaire et qu'il existait un risque important que le recourant ne puisse pas rembourser les prestations qui seraient versées à tort.
35. Le 24 septembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif que l'amélioration de l'état de santé du recourant était établie par le SMR dans son rapport du 22 octobre 2010.
36. Le 29 octobre 2012, l'intimé a précisé, s'agissant des conditions d'une reconsidération de ses décisions antérieures, que lors des révisions de 2002, 2003 et 2006 aucun examen des conditions matérielles du droit à la rente n'avait été effectué dès lors que seuls des rapports médicaux des médecins-traitants et des assurances avaient été demandés; qu'en particulier il n'y avait pas eu d'examen concernant l'activité adaptée et l'exigibilité y relative; qu'en revanche la révision de 2008 avait comporté un examen approfondi du cas et qu'il n'existait pas de motif de reconsidération.
37. Par arrêt incident du 5 novembre 2012 (ATAS/1332/2012), la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif au recours.
38. Le 27 février 2013, l'assuré a subi une intervention de fasciotomie A1 D1 gauche et A1 D3 gauche par le Dr A_____, spécialiste FMH chirurgie plastique et de la

main, en raison d'un phénomène de ressaut D1 et D3 gauches, lequel a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré pendant quinze jours dès le 27 février 2013.

39. Le 25 mars 2013, la Cour de Céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il avait dû arrêter le stage mis sur pied par l'OAI en raison de douleurs au dos, aux mains et de fatigue, que son état de santé s'était aggravé, qu'il était incapable de travailler à 100 %, mais éventuellement à 50 %.
40. Le 25 mars 2013, l'assuré a précisé par écrit qu'il souhaitait travailler à 50 % mais qu'il n'en était pas capable.
41. Le 22 avril 2013, la Cour de céans a entendu la Dresse O _____, laquelle a déclaré qu'elle suivait l'assuré depuis le 14 mai 2012; celui-ci présentait une hypertension et de l'obésité; il était compliant et les derniers dosages de TSH étaient dans la norme; le traitement était adapté ce qui n'avait pas été le cas antérieurement; il souffrait de fatigue et d'épuisement; une capacité de travail à 100 % serait possible sans diminution de rendement, du point de vue thyroïdien; elle avait écarté la maladie de Basedow mais celle-ci pouvait être testée par un dosage sanguin.
42. Le 13 mai 2013, la Cour de céans a entendu les Drs B _____ et C _____.

Le Dr B _____ a déclaré qu'il suivait l'assuré depuis janvier 1985, lequel avait présenté dès 2000 des lésions aux mains dues à l'hypothyroïdie très compliquée dont il souffrait; celle-ci produisait une accumulation de tissus dans l'organisme et entraînait une prise de poids et des douleurs du canal carpien; il avait subi sept opérations pour libérer les nerfs du coude et présentait des séquelles neurologiques douloureuses, avec perte de force. Il avait présenté d'importantes variations de la TSH; récemment était apparue une hypertension en raison de l'hypothyroïdie et les tests à l'effort effectués récemment montraient seulement 46 % d'effort théorique; il souffrait d'arthrite psoriasique et de diplopie récidivante; sa capacité de travail était diminuée même dans un travail adapté; en effet il ne pouvait pas faire d'efforts, il n'avait pas de force dans les mains, ne pouvait faire d'activité fine car ses doigts étaient gonflés d'eau, ils étaient gourds et un doigt ne pouvait être ni fléchi ni étendu, il n'avait pas de concentration visuelle; il souffrait également de fatigue due principalement à l'apnée du sommeil qui était sévère. L'hypothyroïdie fatiguait en général mais actuellement la fatigue était plus due à l'apnée du sommeil qu'à l'hypothyroïdie. Il souffrait également d'asthme et présentait un essoufflement anormal en raison de son problème cardiaque. Un travail entre un taux situé entre 25 et 50 % mais plutôt au tour de 30 % paraissait possible mais non pas à 100 %. Les valeurs thyroïdiennes actuellement n'entraînaient pas en soit d'incapacité de travail. Celle-ci était due aux conséquences de l'hypothyroïdie initiale. Il n'était pas d'accord avec les diagnostics posés par le rapport du SMR du 9 mai 2009 dans la mesure où ils étaient indiqués sans répercussion sur la capacité de travail. Le

contexte global du patient était totalement occulté. Il n'avait jamais constaté chez M. S_____ une amplification des symptômes. Il était plutôt non plaintif et avait tendance à banaliser ses problèmes; il avait subi sept opérations majeures au niveau des mains et des coudes et à chaque fois elles nécessitaient une récupération de plusieurs mois pour une profession manuelle, sans compter que plusieurs mois avant l'opération la capacité était également diminuée. La situation s'était améliorée sur le plan thyroïdien mais elle s'était péjorée sur le plan global de sa santé depuis 2002 et cela progressivement.

Le Dr C_____ a déclaré qu'il avait suivi l'assuré depuis le 14 novembre 2002 jusqu'à novembre 2012 :

"J'ai posé le diagnostic d'hypothyroïdie d'Hashimoto. M. S_____ souffre également de douleurs lombaires et protrusions discales multiples et hernie ce qui n'a curieusement pas été retenu par les médecins du SMR mais qui ressort des examens radiologiques. A partir de 2003-2004 il a également présenté des fourmillements dans les mains. Du point de vue de la thyroïde il fabrique des anticorps qui attaquent sa propre thyroïde par moment entraînant une hyperthyroïdie et lorsque cette attaque cesse une hypothyroïdie. Cette maladie était très difficile à régler et M. S_____ a présenté des taux très inquiétants de TSH qui sont montés jusqu'à 100 et oscillant entre 0.01 et 50. Le symptôme principal de cette hypothyroïdie était une grande fatigue obligeant M. S_____ à s'aliter. Il présentait également une accélération du cœur dans les moments d'hyperthyroïdie. Je ne suis pas d'accord avec le rapport du Dr P_____ du SMR lorsqu'il évoque une mauvaise compliance du patient. Celui-ci a d'ailleurs été suivi à l'hôpital pendant plusieurs mois et le traitement lui était administré sur place. Toutefois les mêmes problèmes de difficultés à stabiliser la maladie ont été constatés. Sa capacité de travail était nulle durant toute la période où la stabilisation n'était pas optimale. Selon les déclarations de la Dresse O_____ les valeurs sont actuellement stables, je précise toutefois qu'il y a toujours un risque avec la maladie d'Hashimoto de passer en hyperthyroïdie. A mon avis il n'y a pas de maladie de Basedow, celle-ci comprenant de longues phases d'hyperthyroïdie. Son incapacité de travail avait été prolongée principalement en raison de douleurs lombaires et de difficultés à utiliser ses mains. M. S_____ a subi des opérations aux mains et aux coudes qui étaient une conséquence de l'hypothyroïdie. A la fin de mon suivi en 2011, la thyroïde était réglée mais l'incapacité de travail perdurait non pas pour des motifs endocriniens mais en raison du problème au dos et aux mains. Je suis à cet égard en accord avec l'avis du Dr B_____ lequel estimait en 2011 qu'il n'y avait pas de capacité de travail. Je suis d'accord avec la Dresse O_____ qui estime qu'il n'y a pas d'incapacité de travail compte tenu des valeurs stabilisées de la thyroïde mais je précise que vu la maladie de M. S_____ celui-ci peut retomber en hypo ou hyperthyroïdie. Je précise que je n'ai jamais eu l'impression que M. S_____ exagérait ses plaintes et je ne

suis donc pas d'accord avec l'avis du SMR qui estime qu'il y a une amplification des symptômes".

43. Le 3 juin 2013, la Dresse M_____ du SMR a observé que l'audition des Drs O_____, B_____ et C_____ ne modifiait pas l'appréciation du SMR du 28 octobre 2010 mais démontrait une éventuelle aggravation récente de l'état de santé de l'assuré.
44. Le 3 juin 2013, l'OAI a conclu que les Drs O_____ et C_____ estimaient la capacité de travail totale du point de vue endocrinologique, que le Dr B_____ n'avait pas précisé quels diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail du recourant et que l'aggravation de l'état de santé alléguée pourrait faire l'objet d'une demande de révision.
45. Le 4 juin 2013, l'assuré a observé que l'audition des médecins prouvait son incapacité totale de travailler en raison de lombalgies, paresthésie des mains et polymorbidité très sévère, que son état global s'était péjoré depuis 2002 notamment par l'apparition d'insuffisances cardiaques et respiratoires, qu'il était compliant et peu plaintif, qu'il existait toujours un risque qu'il retombe en hypo ou hyperthyroïdie et que cet aspect n'était de toute façon pas pertinent, les multiples autres affections qui étaient la cause de son invalidité allant en s'aggravant depuis 2001, que l'état de fait n'avait pas évolué de façon décisive de 2001 à 2008, la rente ayant été maintenue durant ces années-là, qu'une révision n'était donc pas justifiée mais que si on y procédait il fallait se tenir aux conclusions du Dr B_____ qui avait indiqué que seule une activité de 30 % était possible.
46. A la demande de la Cour de céans, le Dr B_____ a indiqué, le 12 juin 2013, qu'une éventuelle expertise devrait être requise auprès d'un spécialiste de la rééducation de la main concernant les séquelles de l'hypothyroïdie et d'un interniste généraliste capable d'intégrer les problèmes cardio-respiratoires et endocriniens. Quant au SMR, il a indiqué le 16 juillet 2013 qu'une éventuelle expertise devrait concerner les spécialités de médecine interne, rhumatologie, pneumologie et ophtalmologie, voire psychiatrie si un trouble de la lignée somatoforme était constaté.
47. Le 3 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bidisciplinaire aux Drs Q_____, FMH médecine interne endocrinologie-diabétologie et R_____, FMH rhumatologie, et leur a fixé un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
48. Le 19 septembre 2013, l'OAI a transmis un avis du SMR du 13 septembre 2013 selon lequel il était d'accord avec les questions posées et qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir.

49. Le 20 septembre 2013, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir, requis des questions complémentaires et demandé qu'il soit exigé des experts qu'ils prennent contact avec les médecins l'ayant traité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. a) 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 345 consid. 3).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une décision du 5 juillet 2012 supprimant pour l'avenir la rente d'invalidité du recourant, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. 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^{er} janvier 2008).

5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale

conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

c) Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle 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 (ATF 133 V 108). Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3 p. 73 ss; ATF du 6 mars 2012 9C 685/2011).

Tel est le cas lorsque l'OAI rend sa décision après évaluation par le SMR des différents éléments médicaux figurant au dossier, en particulier des rapports de médecin ayant procédé à une anamnèse complète ainsi qu'à un examen clinique de l'assuré et qui se sont livrés à une discussion (ATF du 6 mars 2012 9C 685/2011). Tel est également le cas lorsque l'OAI rend une décision rejetant la demande de révision de l'assuré, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, après un avis du SMR proposant le maintien de la demi-rente d'invalidité rendu à la suite de l'avis du médecin traitant (médecin interne) admettant une incapacité de travail sans la quantifier et d'un rapport d'IRM (ATF du 3 novembre 2009 9C 431/2009).

Tel n'est cependant pas le cas d'une communication de l'OAI informant l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, l'OAI ayant uniquement recueilli les avis du médecin-traitant indiquant que l'invalidité et les plaintes de la patiente étaient identiques, sans possibilité d'amélioration de la capacité de travail et d'un médecin ayant suivi l'assurée de manière sporadique (ATF du 11 novembre 2011 9C 198/2011).

Tel n'est également pas le cas d'une communication de l'OAI informant l'assuré qu'il continuait de bénéficier d'une rente entière d'invalidité, l'office ayant uniquement recueilli l'avis du médecin-traitant attestant d'un état de santé stationnaire et l'avis du SMR.

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

b) 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 LPG), 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui,

elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la

capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

10. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

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

c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en

considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

11. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision de suppression de la rente d'invalidité du recourant sur la base du rapport SMR du 9 février 2009 concluant à une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée depuis 2002, soit en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.

Ce rapport est toutefois contesté par d'autres avis médicaux ainsi que par les EPI.

En effet, les rapports des EPI suite au stage du recourant du 15 mars au 11 avril 2010 et à l'orientation professionnelle du 18 juillet au 16 octobre 2011 ont conclu à l'impossibilité pour le recourant de travailler dans le circuit économique ordinaire et à une capacité de celui-ci uniquement comme ouvrier en atelier adapté dans un secteur de l'industrie légère.

Quant aux médecins-traitants, s'il est vrai que les Drs C_____ et O_____ ont considéré que l'hypothyroïdie était actuellement stabilisée, tel n'avait pas été le cas antérieurement; la maladie d'Hashimoto avait été très difficile à régler et avait entraîné une importante fatigue obligeant le recourant à s'aliter et une incapacité de travail totale pendant toute la période où la stabilisation n'était pas optimale (audition du Dr C_____ du 13 mai 2013 et de la Dresse O_____ du 22 avril 2013).

Ces avis remettent en cause la conclusion hâtive du SMR selon laquelle il n'y avait, du point de vue endocrinien, d'une part, qu'une incapacité de travail durant les six premiers mois de traitement substitutif (rapport SMR p. 8) et, d'autre part, que les difficultés à stabiliser la thyroïde étaient dues à une mauvaise compliance du recourant, ce qui a été formellement contesté par les Drs C_____ et B_____. La Cour de céans constate que le SMR n'a pas tenu compte de la particularité de la maladie d'Hashimoto dont souffre le recourant, laquelle, selon les médecins-traitants, avait entraîné une fluctuation extrême de la TSH entre 2002 et 2011 (audition de la Dresse O_____), consistait en une hypothyroïdie très compliquée et rare ayant provoqué des séquelles neurologiques douloureuses avec perte de force (audition du Dr B_____ du 13 mai 2013), et était une maladie très difficile à régler avec des taux très inquiétants de TSH (audition du Dr C_____ du 13 mai 2013).

Au vu de ce qui précède, la conclusion du SMR quant à une capacité de travail totale du recourant dès 2002 ne saurait se voir reconnaître force probante.

Il en est de même du point de vue ostéoarticulaire, le SMR ayant conclu à une amplification des symptômes (expertise p. 7) alors que le Dr B_____ a expliqué très clairement que l'hypothyroïdie avait provoqué une accumulation de tissus dans l'organisme ayant elle-même entraîné des complications neurologiques dont sept opérations visant à libérer les nerfs au niveau des coudes et relevait, tout comme le Dr C_____, que le recourant n'était pas du tout plaintif et, au contraire, qu'il avait tendance à banaliser ses problèmes.

Enfin, le Dr B_____ a estimé que la capacité de travail, au vu des multiples atteintes est d'environ 30 % et a attesté d'une aggravation de l'état de santé du recourant du point de vue cardiaque et respiratoire.

12. Au vu de ce qui précède, une instruction médicale complémentaire se justifie, par le biais d'une expertise bidisciplinaire en médecine interne et rhumatologie, laquelle

sera confiée à la Dresse Q_____, FMH médecine interne endocrinologie-diabétologie, rue à Genève et au Dr R_____, FMH rhumatologie, rue de à Genève. En l'état, il n'apparaît en effet pas nécessaire d'élargir l'expertise aux domaines pulmonaire, ophtalmologique et psychiatrique, la question restant cependant ouverte en fonction des conclusions de l'expertise judiciaire.

Pour répondre aux demandes du recourant, les questions Ab, Bb et Bj seront modifiées. En revanche, les questions Am et An seront maintenues dès lors qu'il s'agit pour l'expert uniquement de se prononcer sur les avis des Drs F_____ et B_____.

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

Statuant

Préparatoirement :

1. Ordonne une expertise médicale bidisciplinaire. La confie au Dr R_____, FMH rhumatologie et à la Dresse Q_____, FMH médecine interne endocrinologie-diabétologie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A. Du point de vue rhumatologique :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. S_____.
 - c. Examiner M. S_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelles sont les plaintes de M. S_____ ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. S_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - i. M. S_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 - k. Compte tenu de vos diagnostics, M. S_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - l. L'état de santé de M. S_____ s'est-il amélioré depuis la décision de rente du 2 juillet 2001 ? En particulier depuis 2005 ?

- m. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ du SMR du 9 février 2009 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale depuis 2002 dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis ? Si non, pourquoi (motifs précis) ?
 - n. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr B_____ selon le procès-verbal d'audition du 13 mai 2013, en particulier avec les diagnostics posés (séquelles neurologiques douloureuses aux membres supérieurs et arthrite psoriasique) et les limitations fonctionnelles qu'ils entraînent ? Si non, pourquoi (motifs précis) ?
 - o. Quel est le pronostic ?
 - p. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 5 juillet 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 - q. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? En particulier, un réentraînement au travail est-il indiqué ?
 - r. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- B. Du point de vue de la médecine interne :**
- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. S_____.
 - c. Examiner M. S_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelles sont les plaintes de M. S_____ ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. S_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - i. M. S_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? En particulier du point de vue cardiaque, respiratoire et endocrinien ?

- k. Compte tenu de vos diagnostics, M. S_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- l. L'état de santé de M. S_____ s'est-il amélioré depuis la décision de rente du 2 juillet 2001 ? En particulier depuis 2005 ?
- m. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ du SMR du 9 février 2009 ? En particulier, avec la constatation d'une capacité de travail totale depuis 2002 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (épargne du rachis) ? Si non, pourquoi (motifs précis) ?
- n. Est-vous d'accord avec l'avis du Dr B_____ selon le procès-verbal d'audition du 13 mai 2013, en particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail au maximum de 30 % ? Si non, pourquoi (motifs précis) ?
- o. Est-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ selon le procès-verbal d'audition du 13 mai 2013, en particulier avec la constatation d'une incapacité de travail totale de M. S_____ ? Si non, pourquoi (motifs précis) ?
- p. Quel est le pronostic ?
- q. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 5 juillet 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? En particulier, un réentraînement au travail est-il indiqué ?
- s. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- C. Appréciation consensuelle du cas :
- a. Compte tenu de l'aspect rhumatologique et de médecine interne, quelles sont les limitations fonctionnelles de M. S_____ ?
- b. M. S_____ peut-il travailler ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, pour quels motifs et depuis quelle date ?
- c. L'état de santé de M. S_____ s'est-il amélioré depuis 2001 ? Et depuis 2005 ? Si oui, avec quelles conséquences sur la capacité de travail ?

- d. Une expertise complémentaire est-elle nécessaire ? Si oui, dans quelle spécialité médicale ? En particulier, une expertise pneumologique, ophtalmologique et psychiatrique est-elle nécessaire ?
2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le