

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2954/2013

ATAS/712/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 juin 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CURCIO Giovanni

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. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, originaire d'Italie, est titulaire d'une autorisation d'établissement C et d'un CFC de monteur-électricien.

Il a travaillé entre 1985 et 1990 pour B_____. installateur électricité et téléphone, puis subi des périodes de chômage entre 1990 et 1999 tout en travaillant pour divers employeurs soit pour C_____ SA de décembre 1991 à décembre 1996, D_____ SA en 1997, E_____ et F_____ SUISSE SA en 1998, G_____ SA en 1999, 2000 et 2011 et H_____ en 2001 et 2002. Enfin, du 16 janvier au 20 décembre 2002, il a travaillé pour I_____ SA comme électricien à 100 %.

2. Le 28 juin 2002, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (résection par voie interlaminaire) par le Dr J_____ en raison d'une hernie discale L5-S1 droite avec radiculopathie compressive subaiguë S1 à droite.
3. Le 29 août 2002, le Dr K_____, FMH médecine interne, a relevé que les premiers symptômes étaient apparus en 1992. L'évolution était favorable mais lente.
4. Le 16 avril 2003, le Dr K_____ a mentionné une évolution défavorable.
5. L'assuré a déposé le 25 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 15 septembre 2003, la Dresse L_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué un status post-opératoire résection hernie discale L5-S1 et une récurrence de hernie discale postéro-latérale L5-S1 selon une IRM du 11 août 2003 entraînant depuis le 25 mai 2002, date du début de son suivi, une incapacité totale de travail. L'assuré présentait des douleurs lombaires et des difficultés à la marche. Une infiltration articulaire du 14 août 2003 n'avait pas eu de succès.
7. Le 15 décembre 2003, la Dresse L_____ a indiqué que le métier actuel ne pouvait plus être continué.
8. Le 29 janvier 2004, les HUG ont convoqué l'assuré pour participer en février 2004 à la semaine de l'école du dos.
9. Du 9 février au 12 mai 2004, l'assuré a été convoqué par les HUG pour un traitement en groupe de 27 séances de physiothérapie.
10. Le 1^{er} mars 2004, les HUG ont convoqué l'assuré à une consultation d'antalgie interventionnelle.
11. A la demande de l'OAI, le Dr M_____, FMH médecine physique et rééducation, a rendu une expertise le 27 août 2004.

L'assuré se plaignait de lombalgies continues entraînant des troubles du sommeil. Il a posé le diagnostic de lombo-sciatalgie droite chronique, hernie discale L5-S1 droite postéro-latérale, status après résection de hernie discale L5-S1 le 28 juin 2002. Une reconversion professionnelle était indiquée. L'incapacité de travail était

totale dans l'activité de monteur-électricien mais une activité adaptée était possible (assise, sans port de charge).

12. Le 29 septembre 2004, l'expert a précisé qu'une activité adaptée était possible d'abord à 50 %, puis avec une rééducation, dans une mesure plus importante.
13. Le 19 janvier 2006, la réadaptation professionnelle a proposé l'octroi d'un trois-quarts de rente, le degré d'invalidité étant de 61 % ; des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.
14. Par décision du 20 janvier 2006, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles.
15. Par deux décisions du 8 mai 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 décembre 2003 et un trois-quarts de rente depuis le 1^{er} janvier 2004.
16. Le 26 mai 2008, la Dresse L_____ a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait pas revu l'assuré depuis 2004 et ensuite qu'elle l'avait revu le 10 juillet 2008 et qu'il n'y avait aucun changement. Le 22 juillet 2008, elle a précisé que l'état était stationnaire, qu'il boitait et marchait péniblement.
17. Le 16 septembre 2008, l'assuré a été examiné au SMR par le Dr N_____, FMH médecine physique et rééducation, lequel a rendu un rapport le 25 septembre 2008 concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, à terme à 80 %. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques sur hernie discale L5-S1 luxée vers le bas au contact de la racine S1. M.54.46 ; important déconditionnement musculaire en ce qui concernait la musculature posturale avec un raccourcissement des ischio-jambiers et relâchement de la sangle abdominale.

Objectivement, par rapport au moment de l'expertise médicale réalisée par le Dr M_____ au mois d'août 2004, il y avait une péjoration de l'état de santé sous la forme d'une nette progression du trouble statique et du déconditionnement musculaire. Depuis lors, il était clair que l'assuré n'avait pas bénéficié d'une prise en charge adéquate sous la forme d'un réentraînement progressif à l'effort et d'un reconditionnement musculaire. Dans l'état actuel des choses, la capacité de travail de l'assuré, même dans une activité adaptée, ne pourrait dépasser les 50 %. Comme déjà indiqué lors de l'expertise médicale du Dr M_____ d'août 2004, après une période de reconditionnement musculaire progressif avec réadaptation progressive à l'effort et au travail, il était tout à fait vraisemblable que cet assuré puisse acquérir une plus importante capacité de travail. Toutefois, au vu de la longue période d'inactivité professionnelle qui était à l'origine du déconditionnement musculaire avancé présenté par l'assuré et de sa désinsertion sociale, il était peu vraisemblable que celui-ci puisse adhérer à un projet de réadaptation professionnelle. Une réadaptation professionnelle serait toutefois indiquée auprès de cet assuré, mais celle-ci ne pourrait avoir lieu qu'après une période de minimum 6 à 12 mois de reconditionnement musculaire progressif.

18. Le 12 mars 2009, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 34 % sur la base d'un revenu d'invalidité de 43'319 fr. correspondant à une activité à 80 %, avec une déduction de 10 %.
19. Par projet de décision du 13 mars 2009, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.
20. Le 4 mai 2009, l'assuré a observé que le médecin du SMR avait même constaté une péjoration de son état de santé et que l'OAI ne l'avait pas mis en demeure de se soumettre à un reconditionnement musculaire, de sorte que le projet de décision devait être annulé.
21. Le 6 mai 2009, la Dresse L_____ a indiqué qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
22. Le 19 mai 2009, le Dr O_____ du SMR a estimé que les mesures de reconditionnement musculaire étaient exigibles et devaient être notifiées à l'assuré lequel était actuellement en incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.
23. Par communication du 28 mai 2009, l'OAI a annulé le projet de décision du « 13 mai 2007 » (recte 2009) et imparti à l'assuré de poursuivre des mesures de reconditionnement musculaire.
24. Le 12 juin 2009, l'assuré a requis des précisions de l'OAI quant aux mesures exigées.
25. Le 16 juin 2009, l'OAI a indiqué que le médecin-traitant devait déterminer les mesures à prendre sur la base de l'avis du SMR.
26. Le 13 juillet 2010, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
27. Le 7 août 2010, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même.
28. Le 12 octobre 2010, la Dresse L_____ a indiqué que l'assuré n'était plus son patient depuis un an et demi.
29. Une note de travail de l'OAI du 21 octobre 2010 mentionne que l'assuré a indiqué ne pas être suivi médicalement, qu'il n'y avait rien à faire pour son dos et qu'il n'avait pas suivi de reconditionnement musculaire.
30. Lors d'un entretien du 15 février 2011 avec la réadaptation professionnelle, il a été proposé à l'assuré une mesure d'ordre professionnel durant trois mois aux EPI.
31. Par communication du 7 mars 2011, l'OAI a fixé un délai au 18 mars 2011 à l'assuré pour qu'il se détermine sur sa participation à une mesure d'ordre professionnel.
32. Le 18 mars 2011, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il trouvait étonnant qu'on lui propose une mesure à 100 % alors qu'il était reconnu incapable de travailler à 50 % et qu'il avait, du point de vue du reconditionnement, tout essayé, qu'enfin il était marginal, avait de la peine à être en groupe et vivait la nuit.

33. Le 22 mars 2011, l'assuré a indiqué à la réadaptation professionnelle qu'il allait chercher un médecin et le 4 avril 2011 qu'il avait consulté le Dr P_____.
34. Le 14 mai 2011, le Dr P_____ de la clinique de Carouge a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué une lombosciatalgie L5. Il y avait une persistance d'une lésion rachidienne compatible avec un syndrome douloureux.
35. Le 22 juin 2011, le Dr Q_____ du SMR a estimé que l'atteinte devait être réduite par le suivi et le traitement qui devaient être exigés et que la capacité de travail attendue raisonnablement était de 80 %.
36. La réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 33 % en prenant en compte un revenu d'invalidité de 44'382 fr. fondé sur une activité à 80 %, avec une déduction de 10 %.
37. Par projet de décision du 20 février 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré au motif que le 28 mai 2009, l'OAI avait enjoint l'assuré de se soumettre à un traitement raisonnablement exigible, en vain, qu'il n'était pas disposé à participer à une mesure de réadaptation et que le degré d'invalidité était de 33 %.
38. Le 21 mars 2012, le Dr P_____ a écrit à l'OAI qu'une expertise multidisciplinaire portant notamment sur les aspects psychiatriques était indispensable, les difficultés de prise en charge actuelle découlant partiellement d'un état psychique anormal, voire d'un état dépressif larvé.
39. Les 13 mars et 2 avril 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a observé qu'il n'était pas en mesure, pour des raisons psychiques, de prendre en considération des mesures de réadaptation ; la présence du trouble psychique avait été confirmée par le Dr P_____ dans son avis du 21 mars 2012 et la Dresse L_____ dans son avis du 6 mai 2009. Une expertise psychiatrique était nécessaire ; par ailleurs, il n'était pas établi que des mesures de réadaptation seraient exigibles ; il avait tenté d'améliorer sa mobilité depuis l'intervention de 2002, sans résultat de sorte qu'il était découragé et abattu ; une capacité de travail de 80 % était trop optimiste, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par le Dr N_____ le 25 septembre 2008, une déduction de 20 % sur le revenu d'invalidité devait être appliquée, et le revenu sans invalidité était surestimé de sorte que son degré d'invalidité était d'au moins 40 %.
40. Le 2 août 2012, le SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.
41. Le 24 septembre 2012, l'assuré a observé qu'une expertise psychique était également nécessaire.
42. Le 3 décembre 2012, le Dr R_____, FMH rhumatologie – médecine interne, a rendu à la demande de l'OAI une expertise.

L'assuré se plaignait de lombopygialgies. Il a posé le diagnostic de lombalgies chroniques – discopathie et hernie discale L5-S1 récidivante – status post discotomie L5-S1 le 28 juin 2002.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré n'avait pas bénéficié depuis 2004 de prise en charge physiothérapeutique ou balnéothérapeutique ou médicamenteuse. Il serait opportun qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique et surtout balnéothérapeutique, dans le but d'une relaxation de la musculature lombosacrée. Il était opportun qu'il puisse bénéficier du port d'une ceinture lombaire, surtout lors des longs déplacements et de port de charges. En cas de douleurs, une médication myorelaxante voire antalgique mineure ou d'AINS serait à proposer.

La capacité de travail était de 20 % comme dépanneur et monteur téléphonique et de 80 % dans une activité adaptée. Il n'y avait pas de déconditionnement musculaire ni d'amyotrophie. On assistait à une cristallisation de douleurs lombaires basses, il n'y avait pas de signe neurologique pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ou l'impotence fonctionnelle. Il n'y avait pas de péjoration par rapport à la situation de 2008. L'assuré présentait des limitations surtout lors des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et les longs déplacements immobiles de plus de deux heures en véhicule ainsi que le port de charges de plus de 10 kg. Un reconditionnement musculaire était inutile. Il était difficile de se positionner pour l'expert sur une quelconque affection psychiatrique pouvant expliquer éventuellement une mise en échec des procédures de réadaptation antérieures.

43. Le 19 janvier 2013, la Dresse S_____ du SMR a estimé que la capacité de travail de 80 % était exigible sans reconditionnement.
44. Le 5 août 2013, la Dresse S_____ a présumé que l'avis du Dr P_____ du 21 mars 2012 ne permettait pas d'admettre la nécessité d'une expertise psychiatrique, en l'état ; il n'y avait pas de traitement spécifique, ni de suivi psychiatrique ou de symptômes psychiques évoquant un trouble psychique grave.
45. Par décision du 7 août 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en constatant que son degré d'invalidité était de 33 %. La décision mentionnait qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif.
46. Le 16 septembre 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 août 2012 en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif au recours et principalement à son annulation et à la reprise du versement de la rente d'invalidité. Il requérait une comparution personnelle des parties, l'audition des Dr R_____ et P_____ et l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire.

Des mesures de reconditionnement n'ayant pas été jugées utiles par l'expert R_____, l'OAI ne pouvait tirer aucun argument du fait qu'il ne s'y était pas soumis. L'OAI avait à tort ignoré l'aspect psychique. Pour le surplus, il a repris les griefs invoqués dans ses observations du 2 avril 2012. Du point de vue de l'effet suspensif, il n'existait aucun intérêt à l'exécution immédiate de la décision attaquée et les chances d'aboutissement favorables du recours étaient très vraisemblables.

47. Le 26 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif au recours au motif qu'aucun élément objectif ne mettait en doute l'évaluation médicale de sorte que l'issue du litige n'était pas certaine en faveur du recourant. En outre, il était vraisemblable qu'une procédure en restitution se révélerait infructueuse.
48. Par arrêt incident du 4 octobre 2013, la Cour de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
49. Le 14 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise du Dr R_____, laquelle était probante, avait estimé la capacité de travail de l'assuré à 80 % dans une activité adaptée, laquelle était exigible sans mesures médicales. Il n'y avait pas lieu de suivre, dans ces conditions, la procédure de sommation. Une investigation psychique n'était pas nécessaire car seul un état dépressif larvé était invoqué et l'assuré n'alléguait aucun suivi psychiatrique. Les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré ne justifiaient pas un abattement sur le revenu d'invalidité supérieur à 10 %. Quant au revenu sans invalidité, il était fondé sur le questionnaire employeur du 13 octobre 2003, soit un salaire que l'assuré était en mesure de réaliser.
50. Le 4 novembre 2013, la Cour a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

« Depuis mon opération de 2002, j'ai une douleur permanente dans le bas du dos et je ne peux pas me tenir droit, je suis courbé en permanence. Je dors très peu (environ 3 heures par nuit). Je suis souvent éveillé jusqu'à 6h00 du matin. Je m'occupe seul de mon ménage et je fais des courses quotidiennement. Je n'arrive à faire aucun sport, je ne peux pas courir du tout. Du 10 décembre 2012 au 29 octobre 2013, j'ai séjourné en Italie car j'ai dû aller m'occuper de mon père qui était malade, mes parents vivant en Italie, dans la province de Trévis. Mon père est décédé. J'ai consulté un médecin car aux environs de mai 2013, j'ai eu une crise importante et je ne pouvais plus bouger les deux bras. Le médecin a soupçonné la présence d'hernies cervicales. Il m'a conseillé de rester tranquille et la crise a passé. J'avais consulté le Dr P_____, qui est médecin généraliste, le 4 décembre 2012 et je l'ai revu le mardi 29 octobre 2013. Le Dr P_____ m'a conseillé de consulter un neurochirurgien à l'Hôpital de la Tour, que je n'ai pas encore contacté. Je ne suis suivi par aucun autre médecin. Le Dr R_____ a prescrit des mesures médicales dans son expertise, mais je signale que j'ai déjà porté une ceinture lombaire qui ne m'a pas convenu, j'ai déjà fait de la balnéothérapie qui ne m'a pas convenu non plus et j'ai pris toutes sortes de traitements médicamenteux (cortisone, relaxants), qui n'ont pas amélioré le problème dès lors qu'il s'agit d'un problème mécanique. Le Dr R_____ a indiqué dans son expertise que je m'étais levé d'un bond dans la salle d'attente, mais je précise que ce n'était pas le cas : je dois toujours prendre appui sur quelque chose pour me lever. Le Dr R_____ a également dit que j'étais

resté assis tout au long de l'entretien, ce qui est vrai, mais je change souvent de position quand je reste assis sur ma chaise. Je suis entré dans son cabinet à 8h30 et en suis sorti à 10h10. Il y a d'abord eu un entretien avec le médecin, lors duquel je suis resté assis, puis nous nous sommes rendus dans la salle adjacente pour l'examen proprement dit et nous sommes ensuite revenus dans le bureau. Je dors toujours plié sur le côté car je ne peux pas m'allonger sur le dos, cette position me créant des fourmillements dans les jambes. Au réveil, je n'arrive pas à me lever rapidement. J'ai également des crampes au ventre. Lorsque je fais des longs trajets en voiture, comme par exemple pour aller voir mes parents (6 heures de route), je suis obligé de m'arrêter à plusieurs reprises. Je peux m'agenouiller mais je dois toujours avoir un appui, de sorte que je ne peux pas libérer mes mains. Je suis prêt à me soumettre à une nouvelle expertise. Je précise que je n'ai jamais eu de suivi psychiatrique, ni de traitement par antidépresseurs ».

Son avocat a déclaré :

« Nous demandons une expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, de neurochirurgie et rhumatologique. Je relève que la procédure de révision n'a pas été entamée en juillet 2009, mais en juillet 2010, comme cela ressort à tort de l'envoi du questionnaire pour la révision de la rente du 22 juillet 2010 ».

51. Le 6 novembre 2013, l'assuré a précisé que la procédure de révision avait débuté en juillet 2010 et non pas en juillet 2009.
52. Le 6 janvier 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la Dresse T_____, médecin spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
53. Le 28 janvier 2014, l'assuré a approuvé l'expertise et rappelé qu'il réclamait également une expertise psychiatrique et neurologique.
54. L'OAI n'a pas répondu.
55. La Dresse T_____ ayant renoncé à effectuer l'expertise, la chambre de céans a informé les parties le 15 mai 2014 qu'elle entendait confier l'expertise au Dr U_____, FMH rhumatologie.
56. le 5 juin 2014, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.
57. Le 11 juin 2014, l'assuré a approuvé la mission d'expertise en relevant qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

EN DROIT

1. Par arrêt incident du 4 octobre 2013, la Cour de céans a déclaré le recours recevable (ATAS/973/2013).

-
2. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 août 2013 de suppression du trois-quarts de rente d'invalidité du recourant.
 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel soit une décision de suppression de rente d'invalidité du 7 août 2013, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du nouveau droit (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 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).

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est

invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

7. 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.

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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 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 (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

9. En l'espèce, l'intimé fonde sa décision de suppression du trois-quarts de rente d'invalidité du recourant sur l'expertise du Dr R_____ du 3 décembre 2012.

Celle-ci fixe une exigibilité immédiate de 80 % dans une activité adaptée, soit une activité exercée en diminuant les mouvements en porte à faux, le port de charge de plus de 10 kg et les longs trajets en véhicule de plus de 2 heures. Elle retient que la situation s'est améliorée depuis l'examen SMR du 16 septembre 2008 par la disparition de l'amyotrophie ou de signe parlant en faveur d'un déconditionnement musculaire.

La Cour de céans constate toutefois que le Dr R_____ ne mentionne aucune amélioration de l'état de santé du recourant depuis les expertises des Drs M_____

(2004) et N_____ (2008), hormis la disparition du déconditionnement musculaire, lequel avait été constaté antérieurement par le Dr N_____.

On se trouve, à cet égard, en présence de deux avis médicaux contradictoires dès lors que le Dr N_____ avait constaté en 2008 un important trouble statique dans un contexte de déconditionnement musculaire avancé avec dysbalance, raccourcissement de la musculature ischio-jambiers et relâchement important de la sangle abdominale et une péjoration de l'état de santé depuis l'expertise du Dr M_____ en 2004 (progression du trouble statique et déconditionnement musculaire). Or le Dr R_____ n'explique pas pour quelle raison, en l'absence de tout réentraînement progressif à l'effort ou reconditionnement musculaire du recourant depuis 2008, ce dernier aurait présenté, de ce point de vue, une nette amélioration de son état de santé, ce d'autant que la période d'invalidité relevée comme facteur aggravant par le Dr N_____ était non plus de 6 ans mais de 10 ans au jour de l'expertise du Dr R_____. Qui plus est, les limitations fonctionnelles fixées par le Dr M_____ en 2004 et le Dr N_____ en 2008 se rapportent à une profession adaptée qui doit être assise, évitant le port de charge, les positions debout prolongées, les déplacements nombreux, le changement fréquents de position, les travaux au-dessus de la tête, toute posture entraînant une extension de la colonne vertébrale (expertise du Dr M_____), le port de charge de plus de 7,5 kg de façon répétitive, la position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, la position statique au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assises et debout, la montée/descente d'escaliers à répétition, la position en genuflexion ou accroupie à répétition, toute activité en hauteur ou sur terrain instable et l'exposition à des machines/outils réalisant des vibrations de 5 Hertz ou plus (expertise du Dr N_____).

Or, le Dr R_____ se borne à relever, comme limitations fonctionnelles, une nécessité de diminuer, mais non pas d'éviter, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les déplacements immobiles de plus de deux heures en véhicule et le port de charge de plus de 10 kg, soit des limitations fonctionnelles moins importantes, sans pour autant expliquer en quoi l'état de santé du recourant se serait amélioré.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr R_____ ne revêt pas une entière force probante. Dans ces conditions, il convient d'ordonner une nouvelle expertise rhumatologique, ce d'autant que le recourant a fait état d'une aggravation de son état de santé pour la survenance d'une crise douloureuse et paralysie aux bras en mai 2013, avec soupçon de la présence d'une hernie cervicale (procès-verbal de comparution personnelle du 4 novembre 2013).

Par ailleurs, du point de vue psychique, le Dr P_____ a invoqué le 21 mars 2012, un état psychique anormal à l'origine d'une difficulté de prise en charge médicale ; le recourant, lors de l'audience de comparution personnelle du 4 novembre 2013, a aussi expliqué qu'il présentait d'importants problèmes de sommeil, qu'il dormait très peu et jamais la nuit.

Dans ces conditions, la question d'une éventuelle expertise psychiatrique se pose. Toutefois, la Cour ordonnera dans un premier temps une expertise rhumatologique et, selon les résultats de celle-ci, examinera l'opportunité d'une telle expertise psychiatrique.

10. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise rhumatologique, laquelle sera confiée au Dr U_____, FMH rhumatologie, CHUV, service de rhumatologie, hôpital orthopédique, à Lausanne.

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

Statuant

Préparatoirement :

1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr U_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment le Dr P_____.
 - c. Examiner M. A_____.
 - 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. A_____ ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ (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. A_____ présente-t-il un déconditionnement musculaire ? Si oui, de quelle intensité ? Empêche-t-il une reprise immédiate d'une activité lucrative ?
 - j. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - k. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 - l. L'état de santé de M. A_____ s'est-il amélioré depuis la décision de rente de l'OAI du 8 mai 2006 ? Si oui, de quelle manière ? En particulier, cette amélioration a-t-elle conduit à une capacité de travail supérieure à celle de 50 % retenue dans la décision précitée ?
 - m.
 1. Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
 2. 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 ? En particulier depuis 2013 ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
 3. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

- n. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 27 août 2004 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, puis supérieure moyennant une rééducation ? Si non, pourquoi ?
- o. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr N_____ du SMR du 25 septembre 2008 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % puis, moyennant un reconditionnement musculaire progressif, de 80 % ? Si non, pourquoi ?
- p. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr R_____ du 3 décembre 2012 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail immédiate, sans reconditionnement musculaire, de 80 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
- q. Quel est le pronostic ?
- r. 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 7 août 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- s. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- t. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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