

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3391/2011

ATAS/150/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 février 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur O_____, domicilié au Portugal, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____, ci-après l'assuré, ressortissant portugais né en 1965, a travaillé en tant que manœuvre. Le 21 juin 1993, il est tombé dans un escalier alors qu'il portait un bidon de peinture de 20 kg dans une main et un seau rempli d'outils dans l'autre et a subi une contusion dorsale.
2. Le 18 février 1994, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) en invoquant un syndrome vertébral lombaire post traumatique aigu sur hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite existant depuis juin 1993.
3. Le Dr A _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire de l'assuré le 8 septembre 1993. Il a conclu à de multiples hernies intraspongieuses au niveau des plateaux vertébraux, traces d'une maladie de Scheuermann, et à une protrusion discale de faible épaisseur postéro-médiane au niveau L5-S1.
4. Dans son rapport du 17 juin 1994, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de syndrome vertébral lombaire post traumatique aigu sur hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite à la suite d'une chute au travail, de troubles statiques et dégénératifs préexistants avec maladie de Scheuermann discrète et troubles transitionnels lombo-sacrés modérés, et de polyinsertionite avec décompensation posturale progressive. Il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 22 juin 1993, relevant que des mesures professionnelles étaient indiquées. Une activité plus légère sans trop d'efforts ni port de charge était adaptée.
5. Le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 2 septembre 1994, ce médecin a établi l'anamnèse de l'assuré. Celui-ci se plaignait de douleurs survenant au matin lors de la mobilisation et à l'effort et l'empêchant de s'endormir normalement. A l'examen, l'expert a relevé que l'assuré exécutait des mouvements complexes avec peine et que la distance doigts-sol était limitée à 15 cm. L'existence d'un syndrome douloureux était probable même si son intensité était difficile à apprécier, et son origine peu claire car la maladie de Scheuermann n'était en principe pas douloureuse, même après un accident. La capacité de travail de l'assuré était probablement nulle dans une activité lourde mais en revanche entière dans une activité ne nécessitant pas d'efforts trop importants et permettant de fréquents changements de position. Le Dr C _____ a préconisé un placement, voire un stage d'observation. Il a cependant souligné que la structure psychique de l'assuré lui semblait fragile, sa présence fluette et transparente ne donnant pas l'impression d'une personne très solide et capable de surmonter des difficultés importantes.

6. Selon une attestation remplie le 19 juin 1995 par X_____ SA, employeur de l'assuré, le salaire mensuel de celui-ci était de 3'960 fr. en 1994. Il aurait réalisé en 1995 un revenu mensuel de 4'031 fr. pour 42 h 30 par semaine, auquel s'ajoutait une gratification de 8.33 %.
7. L'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle à l'atelier OSER du CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP) du 14 août au 13 novembre 1995. Dans leur rapport du 10 novembre 1995, les maîtres de réadaptation ont noté que les limitations physiques de l'assuré n'étaient pas évidentes au premier abord mais qu'il avait besoin d'alterner les positions. En évitant le port de charges, il pouvait être actif à plein temps et était à même de reproduire des gestes professionnels par mimétisme, toutefois sans grande habileté dans les manipulations fines. Il disposait d'une capacité d'adaptation à une nouvelle activité pour autant que l'initiation fût simple et concrète. Une formation avec des cours théoriques était impossible en raison de sa faible scolarisation, de l'absence de structures d'apprentissage et de difficultés d'abstraction. L'assuré ne rencontrait aucune difficulté d'intégration. Il cherchait à retrouver une situation professionnelle et avait besoin de soutien et d'encouragement à cette fin. La première activité exercée en entreprise lors de la mesure s'était révélée inadaptée. Quant au deuxième stage, l'assuré y avait mis fin après un jour et demi malgré des conditions de travail excellentes, invoquant d'abord une peur d'un accroissement du rythme de travail qu'il ne pourrait alors plus tenir, puis des douleurs aux yeux et au nez au contact du carton. La troisième activité envisagée, soit la conciergerie, avait été présentée par l'assuré comme un emploi protégé, dans lequel celui-ci pensait pouvoir se reposer en cours de journée ou faire effectuer le travail par son épouse. L'assuré avait par la suite amené un certificat de travail attestant d'une incapacité de travail de deux semaines afin de procéder à un traitement médical pour dépister d'éventuelles allergies au papier, empêchant la réalisation du stage de concierge. Les entretiens à la fin des stages amenaient les maîtres de réadaptation à penser que l'assuré ne recherchait pas une réadaptation mais qu'il avait surtout peur de l'avenir. Du point de vue théorique, une activité lucrative était raisonnablement exigible et le rendement était complet dans des gestes répétitifs simples dans un poste à temps complet avec alternance des positions et sans port de charge, par exemple dans les domaines de préparation de commandes, de cariste ou de préemballeur. Il s'agissait cependant d'une appréciation théorique, car l'assuré se retranchait systématiquement dans une position d'emploi protégé et ne faisait pas preuve d'une motivation suffisante pour être réintégré dans le circuit économique normal, et les chances de succès d'une réadaptation étaient nulles.
8. Dans son rapport du 7 février 1997, le Dr B_____ a attesté d'une aggravation de l'état de l'assuré en raison d'une décompensation douloureuse et progressive du syndrome cervical secondaire et d'une accentuation de la fibromyalgie. Il existait désormais une spondylolyse L5-S1 sans glissement manifeste, que l'inactivité aggravait. La capacité de travail de l'assuré restait nulle, et des mesures

professionnelles n'étaient pas indiquées. Il y avait lieu de déterminer si le versement d'une rente ne devait être préféré à des mesures de réadaptation.

9. La Division de réadaptation professionnelle de l'OAI a noté dans son rapport du 7 avril 1997 que deux longs entretiens avec l'assuré avaient permis d'établir que celui-ci était réaliste dans sa perception du monde du travail et de sa situation professionnelle. Seule une activité exercée dans un atelier protégé offrait des conditions de travail permettant les interruptions nécessaires en raison de son état de santé. Son état psychique avait paru extrêmement inquiétant aux collaborateurs de l'OAI. Compte tenu de l'aggravation des troubles physiques, une expertise psychiatrique n'était pour l'heure pas nécessaire, mais devrait cas échéant être requise lors de la révision du dossier. Le salaire en atelier protégé était de 6 fr. par heure en moyenne. Le salaire sans invalidité n'avait pu être établi.
10. Par décision du 23 septembre 1997, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré, assortie de rentes complémentaires pour son épouse et sa fille, dès le 1^{er} juin 1994, sur la base d'un degré d'invalidité de 80 %.
11. Dans un questionnaire destiné à la révision de la rente que l'assuré a rempli le 15 juin 2004, celui-ci a déclaré que son état de santé n'avait pas changé.
12. Le Dr B_____ a confirmé l'état stationnaire de l'assuré dans son rapport du 13 juillet 2004.
13. Le 16 juillet 2004, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente n'était pas modifié.
14. Lors de la révision du droit à la rente, l'assuré a répondu dans le questionnaire du 21 septembre 2009 que son état de santé ne s'était pas modifié.
15. Le Dr D_____, praticien FMH, a signalé dans son rapport rempli en octobre 2009 que l'état de l'assuré était stationnaire et le pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles étaient une rigidité de la colonne lombaire avec des douleurs sciatalgiques. L'assuré n'était pas suivi pour des troubles psychiques.
16. L'OAI a mandaté la Dresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi que le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, afin que ceux-ci procèdent à l'expertise bidisciplinaire de l'assuré.

Dans leur rapport du 3 septembre 2010, ces médecins ont résumé le dossier médical de l'assuré, qu'ils ont complété par un examen radiologique de la colonne vertébrale réalisé le 19 mai 2010 par le Dr G_____, spécialiste FMH en radiologie, mettant en évidence une cyphose dorsale accentuée avec séquelles minimales de Scheuermann et lésions discrètes de spondylose et l'absence de lésion appréciable de la colonne cervicale. S'agissant de ses plaintes, l'assuré n'avait jamais eu de

traitement psychiatrique et n'en éprouvait pas le besoin. Il se plaignait en revanche de douleurs surtout dans le dos et la région cervicale, d'une irritabilité accentuée par la présence de monde et de bruits, de fatigue et de tristesse. Depuis son accident de 1993, son moral n'était pas très bon. Le sommeil était perturbé par des douleurs et des ruminations négatives sur son état de santé. Il se sentait la plupart du temps fatigué, encore plus le soir. Il présentait également certains rituels tels que la vérification de la cuisinière et de la fermeture des portes, qu'il pratiquait en moyenne une heure par jour. Il manquait de concentration pour les activités du quotidien et ne parvenait pas à se remémorer la liste des courses, mais n'avait pas de problème pour les souvenirs anciens. Il rencontrait moins de monde et était devenu casanier depuis son accident mais il éprouvait du plaisir à retrouver les membres de sa famille et des amis d'enfance lors de ses vacances annuelles au Portugal. Il restait couché la journée pour éviter des douleurs dorsales et ne pouvait faire aucun effort physique.

Lors de l'examen psychiatrique, qui a duré une heure trente, le Dr F_____ n'a pas observé de comportement douloureux. Il a constaté que l'assuré était orienté dans le temps et l'espace. Il n'y avait pas de baisse de vigilance ni de la concentration, ni de dysfonctionnements cognitifs significatifs de la mémoire et de l'attention au vu de la précision de l'anamnèse présente et passée. La voix était monotone mais non ralentie, ce qui semblait relever davantage de la timidité que du ralentissement dépressif. L'assuré avait néanmoins eu les yeux embués à l'évocation du décès de son frère et de sa peur de mourir jeune. Il n'avait pas présenté de signes objectifs d'anxiété durant l'examen, tels que tremblements, transpiration, voix nouée, rituels de vérification. Il n'existait pas non plus d'idées délirantes ou de signes suggérant une activité hallucinatoire, d'anomalies du comportement, du discours ou de la pensée, de troubles ou cours de la pensée ni de phénomènes compatibles avec un syndrome d'automatisme mental. Le tableau clinique actuel était compatible avec une dysthymie mais non avec un épisode dépressif franc au sens de la CIM-10. En effet, les manifestations dépressives étaient essentiellement subjectives et il n'y avait pas vraiment de signes objectifs. Les douleurs chroniques sans grand substrat organique ne justifiaient pas le qualificatif de "somatoformes" car elles n'étaient pas apparues dans un contexte émotionnel ou psychosocial particulièrement pénible et la demande de soins n'était pas grande. Une certaine fragilité de la personnalité, sous forme de traits évitants et de timidité, peut-être consécutive au décès brutal du père au début de l'adolescence, était perceptible mais on pouvait l'inclure dans la dysthymie. Il n'y avait toutefois pas d'évidence de vrai trouble de la personnalité au sens de la CIM-10, c'est-à-dire une biographie marquée par des problèmes relationnels et émotionnels à répétition depuis l'adolescence. La "fragilité psychologique" décrite par le Dr C_____ en 1994 correspondait selon toute vraisemblance au tableau actuel de dysthymie (dépressivité anxieuse chronique). Depuis 1994, il ne paraissait pas y avoir eu de franche amélioration ou d'aggravation significative de l'état de santé psychique. La

dysthymie et la timidité ne devaient pas entraîner une baisse durable de la capacité de travail ni du rendement. De tels troubles étaient mineurs et leur traitement n'était pas impératif, bien qu'une approche psychothérapeutique puisse aider l'assuré dans son retour à la vie active s'il souhaitait prendre ce chemin.

Au plan rhumatologique, la Dresse E_____ a également relevé que l'assuré était resté assis pendant une heure sans difficulté particulière et il n'était pas limité dans sa mobilité pour se déshabiller. Elle a noté qu'il n'avait plus guère consulté pour son dos depuis l'octroi de la rente, n'avait pas suivi de rééducation rachidienne et ne faisait plus du tout de physiothérapie. Il déclarait s'être habitué à son état douloureux et rester constamment couché, gérant sa médication antalgique et anti-inflammatoire en demandant au besoin une ordonnance à son médecin traitant qu'il voyait trois à quatre fois par an pour le contrôle de ses facteurs de risque cardiovasculaires. La description des symptômes était vague, les douleurs annoncées à une haute intensité, nécessitant le repos permanent et la prise d'un anti-inflammatoire. L'assuré avait indiqué en avoir ingéré un avant l'expertise, bien que le monitoring thérapeutique ne permette pas de déceler le médicament dans le sang à un peu plus de trois heures de la prise. Si un seul contrôle du taux sérique n'était pas suffisant pour prendre de conclusions quant à la compliance, il n'en restait pas moins que l'assuré n'avait manifesté aucun signe extérieur de souffrance et conservait une mobilité normale pendant plusieurs heures, malgré le taux très faible du médicament dans le sang. L'examen clinique avait révélé quelques dysbalances musculaires mais aucune limitation de l'appareil locomoteur lors de l'observation. A la demande lors des tests actifs, l'assuré émettait des autolimitations inconstantes justifiées par ses douleurs. Ces discordances et ces phénomènes évidents d'amplification avaient requis des examens complémentaires radiologiques, qui s'avéraient dans les indices de normalité pour l'âge. Les séquelles de maladie de Scheuermann étaient modérées, il n'y avait pas de pincement discal mais une asymétrie isthmique de L5 unilatérale, sans que cela ne constitue de spondylolisthésis avec olisthésis significatif. La musculature des membres inférieurs était bien développée avec des callosités plantaires marquées, ce qui était en contradiction avec les déclarations de l'assuré qui indiquait être constamment couché. Si l'on tenait compte des plaintes subjectives, il n'y avait guère d'amélioration. Une comparaison radiologique n'avait pu se faire, les radiographies anciennes ayant été détruites dans un incendie. Cependant, les conclusions de l'examen clinique étaient relativement superposables aux examens décrits par le médecin d'arrondissement de la SUVA à l'époque. Il n'y avait aucun argument pour rechercher une hernie discale compressive, telle que suggérée par le Dr B_____ dans son rapport du 17 juin 1994, pas plus qu'un spondylolisthésis défini ni de signes d'instabilité segmentaire rachidienne significative. Il n'existait pas non plus de signe d'appel pour des douleurs sciatalgiques telles qu'évoquées par le Dr D_____. La rhumatologue a souligné que les constatations radiologiques d'une maladie de Scheuermann sont

présentes chez 8% de la population mais que ses manifestations cliniques sont variables, certains individus étant asymptomatiques. L'assuré présentait des critères modérés de Scheuermann, la cyphose était marquée mais son angulation restait dans les valeurs de la norme et les atteintes dégénératives associées étaient peu évoluées compte tenu de l'âge du patient. Les experts avaient encouragé l'assuré à être plus actif dans le contrôle de ses facteurs de risque cardio-vasculaire et à pratiquer une activité physique plus régulièrement.

Au terme de leur examen, les experts ont posé les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail: maladie de Scheuermann modérée (M 42.0) et status après syndrome lombo-vertébral et contusion rachidienne en 1993. L'assuré souffrait en outre d'excès pondéral (R 63.2); d'hypertension artérielle traitée (I 10); de dysthymie (F 34.1) depuis une dizaine d'années, voire un peu plus, ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail. Du point de vue des limitations fonctionnelles, le port fréquent de charges de plus de 30 kg devait être évité. Si les plaintes annoncées en 1993 et 1994 avaient abouti à l'octroi d'une rente, il n'existait aucun argument pour admettre que l'activité antérieure n'était alors plus du tout exigible. Des mesures de réadaptation étaient exigibles et possibles depuis toujours mais n'avaient pas abouti pour des raisons sortant du champ médical et difficilement explicables. Le fait que l'assuré ne consulte plus pour son dos et ne suive aucun traitement spécifique constituait un signe d'amélioration de l'état de son appareil locomoteur. Il pourrait dès lors travailler comme concierge et dans toute activité semblable avec des charges moyennes. En revanche, il aurait sans doute des difficultés à poursuivre une activité à plein temps dans le bâtiment, en raison du port de charges plus lourdes et de plusieurs années de déconditionnement physique. Il y avait lieu d'admettre une baisse de rendement de 50 % sur les trois premiers mois d'une reprise professionnelle, compte tenu de l'âge de l'assuré et de la sarcopénie installée depuis sa longue période d'inactivité professionnelle.

17. Dans son avis du 25 novembre 2010, la Dresse H _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a retenu une amélioration de l'état de santé au plan somatique. Il n'appartenait pas au SMR de définir si l'activité de maçon respectait les limitations fonctionnelles limitant le port de charges à 30 kg mais l'avis des experts rejoignait celui du Dr C _____, pour qui une activité adaptée était exigible à temps complet.
18. L'OAI a déterminé que le degré d'invalidité était de 21.7 % dans son calcul du 10 janvier 2011. S'agissant du revenu sans invalidité, il a tenu compte d'un salaire de 52'403 fr. en 1995 y compris le 13^{ème} salaire, indiquant s'être référé à l'attestation de l'employeur, ce qui correspondait à 62'567 fr. après indexation jusqu'en 2009. Pour le revenu avec invalidité, il y avait lieu de retenir le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS, TA1, ligne Total), soit 61'240 fr. après indexation en 2009 et en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Après un abattement

de 20 %, le revenu avec invalidité était de 48'992 fr. Le Service de réadaptation a encore noté que l'assuré ne se sentait pas prêt à reprendre une activité selon ses déclarations lors de l'expertise. Partant, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Une aide au placement pourrait être examinée sur demande écrite et motivée.

19. En date du 7 mars 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, reprenant les conclusions du SMR faisant suite à l'expertise des Drs E_____ et F_____ ainsi que le calcul du degré d'invalidité du 10 janvier 2011, et supprimant la rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision.
20. L'assuré a contesté la teneur du projet de décision par courrier du 11 avril 2011. Il a allégué que son état de santé n'avait pas évolué depuis son accident du 21 juin 1993 et qu'il était constamment sous traitement depuis, comme cela ressortait des rapports du Dr B_____. Lors de la révision de la rente en juillet 2004, l'OAI avait du reste admis que son droit à la rente ne s'était pas modifié. En outre, son état psychologique était très préoccupant et son psychiatre relevait un état dépressif avec des idées suicidaires et d'importants troubles du sommeil. Il a joint un certificat médical du 29 mars 2011 du Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, attestant qu'il avait vu l'assuré quatre fois au cours du mois de mars 2011. Celui-ci présentait un état dépressif avec idées suicidaires et un important trouble du sommeil, nécessitant l'introduction d'une médication antidépressive et hypnotique. Malgré l'amélioration partielle de son humeur, une hospitalisation en milieu psychiatrique pourrait être bénéfique et le Dr I_____ en réévaluerait l'opportunité au retour de l'assuré, qui se trouvait alors à l'étranger.
21. Dans son rapport du 30 avril 2011, le Dr I_____ a fait état du diagnostic F 33.3 existant depuis plusieurs années, mais constaté par ses soins seulement depuis le début du traitement en février 2011. L'assuré manifestait de la tristesse, du désespoir, une dévalorisation, des idées suicidaires. Il répétait en boucle que sa vie était en échec. Le pronostic était mauvais mais le suivi était "épars" car l'assuré était souvent au Portugal. Ce dernier pouvait cependant voir sa capacité de travail augmenter en tout cas à 50 % dès 2012 grâce au traitement psychiatrique. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées.
22. Dans son avis du 17 mai 2011, la Dresse H_____ a relevé que l'état dépressif de l'assuré s'améliorait selon le Dr I_____. Il s'agissait dès lors d'une aggravation transitoire réactionnelle à la suppression de la rente ne modifiant pas les conclusions de l'avis du SMR du 25 novembre 2010.
23. Le Dr D_____ a fait état des limitations fonctionnelles suivantes dans un rapport adressé par l'assuré à l'OAI le 26 mai 2011 : pas d'activités qui soient

uniquement assise ou debout, exercées en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation assise ou debout, sur une échelle, en montant les escaliers au-delà du 1^{er} étage et impliquant le port de charges supérieures à 3 kg.

24. La Dresse H_____ s'est déterminée sur ce complément de rapport dans son avis du 22 septembre 2011. Elle a relevé que les limitations étaient compatibles avec une activité exercée à 100 % et ne constituaient en aucun cas une aggravation de l'état de santé du recourant.
25. Par décision du 26 septembre 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.
26. L'assuré a interjeté recours par acte du 24 octobre 2011. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le pourcentage d'activité exigible, et au fond à l'annulation de la décision du 26 septembre 2011. Il a allégué qu'il a divorcé le 15 avril 2011 et qu'il a déménagé au Portugal en octobre 2011 et produit à cet égard le jugement de divorce prononcé au Portugal et l'attestation de l'OFFICE CANTONAL DE LA POPULATION selon laquelle il a quitté la Suisse. L'assuré a reproché à l'OAI d'avoir conclu que ses limitations fonctionnelles étaient compatibles avec une activité exercée à plein temps, en se fondant uniquement sur les conclusions du SMR et en excluant celles des médecins traitants. Le stage d'observation professionnelle avait en outre établi à l'époque qu'il n'était pas reclassable et le Dr B_____ avait confirmé qu'il était totalement incapable de travailler et de rester assis ou debout. Les Drs I_____ et D_____ avaient relevé des limitations fonctionnelles et son récent divorce avait aggravé sa situation. Il était ainsi incompréhensible que le SMR conclue à une reprise de l'activité à temps plein alors qu'aucune amélioration notable de sa situation n'a eu lieu.
27. La Cour de céans a transmis cette écriture à l'OAI par pli du 25 octobre 2011 en lui demandant de se déterminer tant sur l'existence de motifs de révision que de reconsidération de sa décision initiale d'octroi de rente.
28. Dans sa réponse du 22 novembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que tout changement de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité peut motiver une révision et justifier la suppression du droit à la rente. En l'espèce, la capacité de travail avait été considérée comme entière dans une activité adaptée lors de la décision initiale de rente du 23 septembre 1997 mais sa Division de réadaptation n'avait admis qu'une activité en atelier protégé, notant également que l'assuré ne faisait pas preuve d'une motivation suffisante pour se réinsérer dans le monde professionnel. Cependant, les informations récoltées à l'occasion d'un stage ne prévalent pas sur l'avis dûment motivé d'un médecin, conformément à la jurisprudence. L'entrée en force de cette jurisprudence

constituait un premier motif de révision, dès lors qu'elle retenait que l'avis d'un centre d'observation professionnelle ne peut primer sur un rapport médical. De plus, l'avis du SMR du 25 novembre 2011 retenait une claire amélioration de l'état de santé au niveau locomoteur. Les conditions de la reconsidération étaient également remplies dès lors que la décision de rente de 1997 résultait d'une fausse constatation des faits et était donc manifestement erronée, sa rectification revêtant une importance notable. Il n'était par ailleurs pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, la valeur probante des rapports médicaux devant s'apprécier selon les règles jurisprudentielles.

29. Par arrêt du 31 janvier 2012 (ATAS/75/2012), la Cour de céans a rejeté le recours. Après avoir reconnu une pleine valeur probante à l'expertise des Drs F_____ et E_____, elle a admis l'existence d'un motif de reconsidération dès lors que l'OAI avait retenu lors de l'octroi de la rente que l'assuré ne pouvait objectivement plus être employé qu'en atelier protégé en dépit des conclusions contraires émises en 1994 par les Drs C_____ et B_____ et les spécialistes de la réadaptation. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas procédé au calcul de la rente conformément aux dispositions légales puisqu'il avait fait état dans sa décision du 23 septembre 1997 d'un taux d'invalidité de 80 % sans indiquer comment il était parvenu à ce chiffre. Partant, sa décision se révélait manifestement erronée car elle reposait sur un état de fait inexact et n'était pas conforme aux dispositions légales régissant le calcul du degré d'invalidité.
30. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 3 septembre 2012 (9C_221/2012). Il a considéré que la Cour de céans aurait dû tenir compte de l'état de santé du recourant en septembre 1997, date de la décision initiale d'octroi de la rente, et non se fonder sur les avis exprimés en 1994 par les Drs B_____ et C_____ et par les spécialistes du Centre de réadaptation. Or, en 1997, le Dr B_____ avait admis une incapacité totale de travail en raison d'une aggravation des douleurs et les collaborateurs de l'OAI avaient qualifié l'état psychique de l'assuré d'inquiétant. L'octroi de la rente n'apparaissait dès lors pas manifestement erroné. Le fait que l'aggravation n'ait pas été confirmée par la suite par les experts n'y changeait rien. Quant au calcul du taux d'invalidité, s'il n'était pas explicite, il apparaissait que l'OAI s'était fondé sur le salaire moyen en atelier protégé en 1997. Cet élément n'ouvrait dès lors pas à lui seul la voie de la reconsidération. Le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle détermine si la capacité de travail de l'assuré et son degré d'invalidité s'étaient modifiés d'une manière déterminante sous l'angle de la révision, en soulignant qu'au vu des éléments du dossier, particulièrement de la discussion et des conclusions des Drs E_____ et F_____ au plan somatique, une modification de l'état de santé de l'assuré ne pouvait d'emblée être exclue.
31. Par courrier du 5 octobre 2012, la Cour de céans a invité les parties à se déterminer sur l'existence d'un motif de révision.

32. L'OAI s'est prononcé le 1^{er} novembre 2012. Il affirme que le point de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification importante et ouvre la voie à une révision doit être analysé en comparant les faits au moment de la décision initiale d'octroi de rente en 1997 et ceux qui prévalaient en 2011, date de la décision querellée. Du point de vue psychique, l'expertise réalisée par les Drs F_____ et E_____ ne démontre ni franche amélioration ni aggravation significative. En revanche, au plan somatique, plusieurs éléments attestent d'une amélioration. Les seules limitations fonctionnelles consistent en effet à éviter le port de charges répété de plus de 30 kg, alors que le Dr C_____ préconisait en 1994 une activité permettant de fréquents changements de position et d'éviter les efforts trop importants. Les experts ont conclu à une amélioration de l'état de l'appareil locomoteur, notamment eu égard au fait que l'assuré n'a plus consulté pour son dos depuis des années et ne suit plus de traitement. Selon ces spécialistes, une activité dans le bâtiment est médicalement possible. L'OAI retient que les conditions de la révision sont réalisées en raison de cette amélioration.

33. Dans son écriture du 2 novembre 2012, l'assuré, par son mandataire, conclut à l'annulation de la décision du 26 septembre 2011 et au maintien de son droit à la rente. Il requiert subsidiairement l'audition des Drs D_____, J_____ et I_____ et plus subsidiairement la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Il indique qu'il vit de nouveau à Genève. Il a également repris un traitement pour ses problèmes de dos en mars 2012 auprès du Dr D_____, ce praticien ayant exclu le port de charges supérieures à 3 kg. L'assuré affirme que ses médecins le considèrent totalement incapable de travailler. Les limitations du Dr B_____, soit notamment l'impossibilité de rester assis ou debout immobile, ont été confirmées par le Dr D_____ et par la Dresse J_____. Son état psychologique ne s'est pas non plus amélioré depuis la décision initiale de rente et l'aggravation survenue en 2011 n'est pas réactionnelle puisqu'elle perdure depuis. La Dresse I_____ atteste également que l'accident de 1993 est à l'origine de son incapacité de travail actuelle. L'assuré allègue qu'il est incompréhensible que les derniers experts mandatés par l'OAI aboutissent à des conclusions inconciliables avec celles des médecins traitants, en particulier s'agissant du port de charges. Par ailleurs, il soutient que l'expertise minimise la gravité de son état psychique et qu'il suit un traitement psychiatrique intensif depuis le 1^{er} mars 2012 et prend des médicaments délivrés quotidiennement par la pharmacie. Il allègue enfin que les conditions de la révision ne sont pas remplies en l'absence de faits nouveaux et qu'il s'agit d'un moyen extraordinaire qui ne permet qu'exceptionnellement de demander l'annulation ou le réexamen d'une décision. L'expertise de novembre 2010 constitue tout au plus une preuve nouvelle et une appréciation nouvelle de faits qui n'ont pas changé. Il joint notamment à son écriture les pièces suivantes :

- une attestation de l'OFFICE CANTONAL DE LA POPULATION selon laquelle l'assuré réside à Genève depuis le 1^{er} mars 2012;

- diverses ordonnances établies en 2012 par les Drs J _____, D _____ et I _____ ;
- un certificat du 8 juin 2012 du Dr I _____ attestant que l'assuré bénéficie d'un suivi psychothérapeutique quotidien depuis le 1^{er} mars 2012 ;
- un certificat du 24 septembre 2012 du Dr I _____ attestant que l'assuré a suivi un traitement psychothérapeutique du 10 août au 24 septembre 2012 ;
- une attestation du 13 octobre 2012 d'un pharmacien aux termes de laquelle l'assuré se voit remettre quotidiennement ses médicaments à la pharmacie depuis le 27 mars 2012, le traitement comprenant un anti-dépresseur et un hypnotique ;
- une attestation du Dr D _____ du 22 octobre 2012 dans laquelle ce médecin certifie qu'il suit l'assuré depuis le 1^{er} mars 2012 et qu'il est contre-indiqué que celui-ci porte des charges dépassant 2 à 3 kg ;
- un rapport du 30 octobre 2012 de la Dresse I _____, spécialiste FMH en médecine interne, indiquant que l'assuré l'a consultée en mars 2012 en raison d'un état dépressif sévère. Après une brève anamnèse, elle y rapporte les plaintes de l'assuré comme suit. Ses douleurs dorsales l'empêchent de bouger et de se tenir debout et il déclare n'entrevoir aucune autre solution que le suicide. Il présente une thymie dépressive importante avec une dévalorisation de soi et une importante immaturité. Ses assises narcissiques sont très fragiles et il s'est créé une identité d'invalidé. La Dresse I _____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère (F 33.3) posé pour la première fois en février 2011 mais présent vraisemblablement depuis plusieurs années et de personnalité émotionnellement labile (*borderline*) (F 60.3) ;
- des certificats d'incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2012 établis par les Drs J _____, K _____ et D _____.

34. Par acte du 29 novembre 2012, l'assuré, par son mandataire, a complété ses observations. Il répète que l'expertise des Drs E _____ et F _____ permet tout au plus de conclure à une très légère amélioration somatique, laquelle ne constitue pas un changement notable de l'état de santé, condition nécessaire pour procéder à une révision du droit à la rente. En outre, l'amélioration au niveau de l'appareil locomoteur retenue par ces médecins est en contradiction avec leur affirmation selon laquelle l'état de santé de l'assuré n'a guère évolué depuis 1994. Compte tenu de cette contradiction, la valeur probante de cette expertise doit être relativisée.

35. Par écriture spontanée du même jour, l'assuré a longuement relaté les difficultés rencontrées depuis son accident et sa détresse psychologique. Il affirme que son état

a une incidence sur la santé de son fils, qui a lui-même fait une tentative de suicide et il produit plusieurs documents médicaux relatifs à ce dernier. Il conteste les conclusions des experts et évoque ses douleurs. Il joint le résultat d'un scanner réalisé le 22 novembre 2012 par le Dr L_____, se révélant dans la norme sans signe en faveur d'une récurrence herniaire avec toutefois plusieurs hypodensités rénales d'allure kystique des deux côtés, à investiguer par des examens complémentaires.

36. Dans ses déterminations du 14 décembre 2012, l'OAI maintient ses conclusions en soulignant que les certificats médicaux produits par l'assuré à l'appui de son écriture du 2 novembre 2012 sont postérieurs à la décision attaquée et ne doivent dès lors pas être pris en compte.
37. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'assuré par courrier du 17 décembre 2012.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises par arrêt du 31 janvier 2012.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, la LAI a subi plusieurs modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), portant notamment sur l'accès des bénéficiaires de rentes aux mesures de réadaptation (art. 8a LAI). Cependant, la décision querellée a été rendue du 26 septembre 2011, de sorte que les dispositions législatives modifiées postérieurement à cette date ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATFA non publié U 18/07 du 7 février 2007, consid. 1.2).

3. Le litige porte sur le droit à la rente de l'assuré, plus particulièrement sur le point de savoir s'il existe un motif de révision.
4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte

à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

5. S'agissant de la révision du droit à la rente, l'art. 17 al. 1^{er} 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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). Il convient encore de souligner qu'aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, il n'est pas nécessaire que l'état de fait subisse une modification notable. Au sens de cette disposition, est seule déterminante la modification du taux d'invalidité quand bien même elle repose sur un changement peu important de l'état de fait (ATF 133 V 545 consid. 6.3).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

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 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

7. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, ATF 128 V 174).

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; ATFA non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

c) 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 publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

d) 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). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6).

8. Il convient d'examiner les rapports médicaux à la lumière des considérants qui précèdent, étant rappelé que le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé sur leur valeur probante dans son arrêt du 3 septembre 2012.

S'agissant de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs F_____ et E_____, elle correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels précités. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assuré et relate les plaintes de celui-ci. Les experts ont posé leurs diagnostics après des examens minutieux, complétés par des radiographies, et leurs conclusions sont claires et motivées. Il y a donc lieu de reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. L'assuré allègue que cette expertise est contradictoire dès lors qu'elle retient une absence d'évolution depuis 1994 tout en faisant état d'une amélioration. Cette interprétation est toutefois erronée. Il y a lieu de souligner que l'amélioration constatée a trait à l'appareil locomoteur alors que l'absence d'évolution a été relevée au plan psychique. Ces deux éléments ne sont dès lors guère contradictoires. Par surabondance, on relèvera que selon le Dr F_____, l'état psychique de l'assuré est effectivement comparable à celui qui a été décrit par le Dr C_____ en 1994. Dans la mesure où il n'existe aucun document médical faisant état d'une dégradation durable du psychisme entre ces deux expertises, cette conclusion ne prête pas flanc à la critique. En effet, les observations rapportées en 1997 par le Service de réadaptation de l'OAI sur l'état psychologique de l'assuré ne constituent pas des diagnostics médicaux fiables permettant de conclure à une aggravation durable survenue dans l'intervalle.

Les rapports médicaux dont se prévaut l'assuré ne suffisent pas à renverser les conclusions des experts. S'agissant de la rigidité de la colonne lombaire et des sciatalgies évoquées par le Dr D_____ en octobre 2009, l'experte rhumatologue ne les a pas observées lors de son examen. De plus, même s'il fallait retenir les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D_____ dans son rapport du 26 mai 2011, elles ne sont pas d'une ampleur telle qu'elles rendent impossible la réinsertion de l'assuré. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives correspondant à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles alléguées que comprend le marché du travail en général (ATF non publié 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.3), il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est accessible sans formation spécifique à l'assuré. Quant aux rapports du Dr I_____, ils ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions du Dr F_____ sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue

psychique. Il convient en effet de souligner que le traitement auprès de ce psychiatre n'a débuté qu'au mois de mars 2011, soit à la date à laquelle l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision supprimant sa rente. Comme le souligne le SMR, les troubles qui sont alors apparus paraissent ainsi être d'ordre réactionnel. On ne saurait suivre l'assuré lorsqu'il affirme que ces troubles perdurent depuis. En effet, si l'on se réfère aux certificats du Dr I_____ du 8 juin 2012 et de la Dresse I_____ du 30 octobre 2012, le traitement psychiatrique a été repris le 1^{er} mars 2012. Il n'existe aucun document attestant d'un suivi psychiatrique entre les consultations en mars 2011 auprès du Dr I_____ et la reprise du traitement une année plus tard, ce qui tend à démontrer que l'éventuelle dégradation de son état psychique en mars 2011 n'a pas été durable. La Cour de céans observe de plus que le Dr I_____ a évoqué un état dépressif avec des idées suicidaires dans son certificat du 29 mars 2011. Dans son rapport du 30 avril 2011, il s'est en revanche contenté d'indiquer le code F 33.3 à titre de diagnostic. Selon la CIM-10, ce code correspond à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Or, il est pour le moins étonnant que si l'assuré présente effectivement des troubles psychotiques, son psychiatre n'en ait pas fait état dans son premier certificat médical. On peut également douter de la pertinence d'un tel diagnostic, le Dr I_____ n'en évoquant aucune manifestation et mentionnant uniquement des symptômes tels que tristesse, désespoir, dévalorisation et idées suicidaires. L'assuré invoque également les rapports du Dr B_____, dont il affirme qu'ils démontrent qu'il a été en traitement constant depuis 1994. On ne peut cependant pas lui donner raison sur ce point, les rapports de ce chirurgien étant espacés de plusieurs années et ne faisant pas état d'un suivi régulier. Par ailleurs, selon les déclarations de l'assuré à l'expert, il consulte son médecin traitant une fois par trimestre avant tout en raison de problèmes cardiovasculaires et non pour des troubles d'origine rhumatologique. De plus, les rapports du Dr B_____ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de la Dresse E_____ dès lors qu'ils portent sur des périodes différentes. En ce qui concerne l'évolution de l'état somatique, on ajoutera que le Dr B_____ a fait état en 1997 d'une décompensation douloureuse et progressive du syndrome cervical secondaire, d'une accentuation de la fibromyalgie et d'une spondylolyse L5-S1. L'aggravation des douleurs rapportée en 1997 par ce spécialiste n'est cependant pas corroborée par la Dresse E_____, pas plus que la fibromyalgie, et le fait que l'assuré n'ait plus entrepris de physiothérapie ni consulté de médecin pour son dos entre 1997 et l'expertise de 2010 plaide également en faveur de l'amélioration de son état algique. L'experte rhumatologue a en outre écarté une instabilité segmentaire rachidienne ou un spondylolisthésis. L'absence d'une telle atteinte permet d'exclure la spondylolyse mentionnée par le Dr B_____, étant rappelé que cette dernière affection consiste en une insuffisance ou une absence d'ossification de l'arc vertébral au niveau de l'isthme et qu'il s'agit d'une malformation provoquant le spondylolisthésis (GARNIER/DELAMARE, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 28^{ème} éd., Paris 2004, p. 815).

Quant aux pièces produites à l'appui des écritures de novembre 2012 de l'assuré, la Cour de céans relève que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Partant, les certificats médicaux qui attestent d'une incapacité de travail totale dès le 1^{er} mars 2012, soit après la décision litigieuse, ne sauraient être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. La Dresse I_____ a certes rapporté un trouble dépressif récurrent sévère diagnostiqué pour la première fois en février 2011, soit avant que ne soit rendue la décision querrellée. L'assuré ne l'a cependant consultée qu'en mars 2012. De plus, son rapport ne peut toutefois se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'il ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels. En particulier, les diagnostics retenus ne sont pas établis sur la base d'un status détaillé et elle ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré. On soulignera de plus que cette praticienne a repris le code diagnostique F 33.3 posé en avril 2011 par le Dr I_____, et qui comme on l'a vu correspond à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, alors qu'elle ne mentionne pas non plus de manifestations psychotiques.

L'argument de l'assuré, selon lequel la révision est un moyen extraordinaire, tombe également à faux. Les rentes de l'assurance-invalidité sont en effet soumises à un examen périodique entrepris d'office par l'OAI, examen qui doit en principe avoir lieu au maximum tous les cinq ans à partir de la décision d'octroi de rente (ch. 5008 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'OFAS dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2010). Cette révision périodique doit être distinguée de la révision dite procédurale qui, en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA permet de revenir sur les décisions passées en force lorsque l'assureur ou l'assuré découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Enfin, si la Cour de céans est consciente des difficultés rencontrées par l'assuré et du caractère préoccupant de ses problèmes familiaux, il s'agit-là de facteurs étrangers à l'invalidité qui ne peuvent être pris en considération. En effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n°1209 p. 335).

Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des Drs E_____ et F_____, aux termes desquelles l'assuré dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La capacité de travail a dès lors considérablement évolué par rapport à 1997. En effet, cette même année, le Dr B_____ indiquait dans son rapport du 7 février que la capacité de travail était nulle et le Service de réadaptation de l'OAI considérait que l'état psychique de l'assuré était extrêmement inquiétant, ce qui contraste singulièrement avec le status établi en septembre 2010 par le Dr F_____, qui n'a retenu aucun élément alarmant. On doit dès lors admettre que l'état de santé de l'assuré s'est durablement amélioré entre 1997 et 2011, date de la décision querellée, dans une mesure justifiant la révision du droit à la rente. Les nouveaux certificats médicaux des Drs I_____, D_____ et J_____ ne suffisant pas à remettre en cause les conclusions des experts, il s'avère superflu de procéder à leur audition. De même, conformément à la jurisprudence, la divergence dans l'appréciation de la capacité de travail par les experts et les médecins traitants ne justifie pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

9. Il convient encore d'examiner le calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Selon l'attestation remplie en juin 1995 par X_____ SA, le revenu aurait été en 1995 de 4'031 fr. par mois, gratification de 8.33 % non incluse, ce qui correspond à un revenu annuel de 52'401 fr. presque identique aux 52'403 fr. retenus par l'OAI. Indexé en fonction de l'Indice suisse des salaires à 2011, date de la décision litigieuse, le revenu sans invalidité est ainsi de 63'589 fr. Pour le revenu d'invalidé, la référence au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives est conforme à la jurisprudence. Selon l'ESS 2010, ce revenu était en 2010 de 5'000 fr. par mois pour 40 heures hebdomadaires, 13^{ème} salaire compris. Indexé à 2011 et en tenant compte de la durée normale de travail de 41.7 heures selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), ce revenu est de 63'175 fr. et de 50'540 fr. après abattement de 20 %. La comparaison entre ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 20.48 %. Il sied de souligner qu'en opérant une réduction statistique de 20 %, l'OAI est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Quoi qu'il en soit, même en procédant à l'abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité serait de 25.45 %, ce qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Un tel taux ouvre en revanche le droit à des mesures de reclassement, pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108 consid. 2b; ATF A non publié I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). La décision querellée ne porte cependant que sur le droit à la rente, sans statuer sur des mesures d'ordre professionnel. L'assuré ne prend d'ailleurs aucune conclusion tendant à l'octroi de telles mesures. Or, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas

d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Il appartiendra dès lors à l'assuré, cas échéant, de requérir des mesures de reclassement.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

L'assuré, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assuré.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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