REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4708/2006 **ATAS/461/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 30 avril 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , GENEVE, représenté par FORUM SANTE, Madame Christine BULB_____	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 2 décembre 1994, Monsieur S_____, né en 1967 et ressortissant yougoslave, travaillait sur un chantier en tant que ferrailleur, lorsqu'il est tombé d'un échafaudage à la suite de vertiges d'apparition brusque.

2. Le même jour, il a consulté le Dr A_____, oto-rhino-laryngologue, qui a diagnostiqué une cophose droite et une hyporéflexie vestibulaire droite ancienne. Ce spécialiste a attesté une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée.

3. Dans un rapport du 20 janvier 1995, le Dr B_____, oto-rhino-laryngologue, a fait état de vertiges probablement rotatoires de courte durée suivis d'une période d'instabilité. Il a diagnostiqué une cophose droite et une forte hyporéflexie vestibulaire prédominant à droite. Il a expliqué qu'il n'y avait pas de traitement pour une telle symptomatologie et qu'une physiothérapie à visée vestibulaire serait la plus bénéfique.

4. Le 3 février 1995, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement. Il a expliqué qu'à cause des vertiges, il ne pouvait plus travailler sur des échafaudages et qu'il devait donc changer de métier.

5. Par décision du 8 mai 1995, l'assureur-accidents a indiqué que l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 2 décembre 1994 avait pris fin le 26 décembre 1994 et que le traitement y relatif s'était terminé le 26 janvier 1995 de sorte que la poursuite de l'incapacité de travail et du traitement ne le concernait plus, mais relevait de l'assurance-maladie.

6. Pour sa part, l'assurance-maladie collective du bâtiment a versé des prestations pour perte de salaire jusqu'au 14 avril 1997.

7. Dans un rapport du 3 septembre 1997, la Dresse C_____, psychiatre et psychothérapeute, a exposé que le patient l'avait consultée à cinq reprises entre le 30 juin et le 1er septembre 1997, date de la rupture du traitement. Elle a précisé que le patient mettait en échec toute proposition thérapeutique et qu'il avait été pris en charge longuement dans les "IUPG (médecine psychosomatique et CTB Ouest)". Puis, dans un rapport du 20 septembre 1997, elle a diagnostiqué un état dépressif majeur moyen et a suspecté un problème psychotique en expliquant que le patient présentait de nombreuses plaintes somatiques et qu'il se focalisait beaucoup là-dessus. Elle a estimé que l'état du patient ne lui permettait pas de travailler, qu'il présentait une grande fragilité émotionnelle et que sa résistance au stress était très mauvaise. Elle a ajouté qu'une reprise du travail n'était pas envisageable

actuellement et a préconisé un traitement pharmacologique (antidépresseurs et neuroleptiques), en précisant qu'il n'était toutefois pas exigible, ainsi qu'une resocialisation.

8. L'assuré a bénéficié d'une observation professionnelle qui a duré du 5 décembre 1995 au 29 septembre 1996, date de l'interruption de la mesure en raison du taux de présence trop bas (26 jours sur 191 jours possibles). Dans son rapport du 5 novembre 1996, le maître de réadaptation du Centre d'intégration professionnelle a expliqué que l'assuré avait refusé toute participation à une autre activité que la mise à niveau scolaire et qu'il ne pouvait pas être réadapté.

9. Dans son rapport consécutif à l'examen du 23 octobre 1997, la psychologue de la division de la réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a exposé que l'assuré se plaignait de céphalées et de douleurs à la nuque, de fatigue, d'insomnies fréquentes, de vertiges occasionnels et de nausées, de vibrations devant les yeux, de difficultés à se concentrer sur une activité, de sentiment de honte et de révolte ainsi que de déprime, enfin, d'être incompris. Elle a mentionné des idées suicidaires et des pleurs fréquents lors des entretiens. Elle a conclu que, dès la mi-août 1996, l'assuré avait été complètement débordé en ne faisant plus face à sa situation personnelle (maladie, divorce demandé par l'épouse, perte de la vie professionnelle, etc.) et qu'il traversait une période de dépression grave avec idées suicidaires ainsi que troubles psychotiques. Elle a proposé l'octroi d'une rente en cas d'invalidité avec un taux de 100%.

10. Par décision du 17 novembre 1998, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 100% dès le 1er décembre 1995.

11. Dans un questionnaire pour révision de la rente rempli le 14 juin 2004, l'assuré a mentionné qu'il n'avait pas repris d'activité professionnelle et qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative accessoire.

12. Dans un rapport du 29 juillet 2004, le Dr D_____, généraliste, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 21 janvier 2000 et que l'état de santé était stationnaire. Il a diagnostiqué une cophose droite après labyrinthectomie, une maladie de Ménière, une hypertension artérielle sévère et des céphalées chroniques. Il a admis une incapacité de travail de 100% depuis le 2 décembre 1995 (recte 1994) et a émis un pronostic défavorable en raison des vertiges fréquents de longue durée (plusieurs heures). Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr D_____ a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et que le patient présentait une diminution de rendement de 100%. Il a considéré qu'on ne pouvait pas exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, le Dr D_____ a mentionné pour seules limitations fonctionnelles le travail en hauteur et sur une échelle ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

13. Sur demande de l'OCAI, l'assuré a précisé, le 15 décembre 2004, qu'il n'avait actuellement pas de médecin psychiatre, mais que son médecin-traitant le suivait pour la prise en charge de sa dépression.

14. Dans un rapport du 22 décembre 2004 rédigé sur demande de l'OCAI, le Dr D_____ a expliqué qu'en raison d'une maladie de Ménière, le patient présentait des vertiges rotatoires durant plusieurs heures, plusieurs fois par semaine, qui ne lui permettaient pas de rester en position debout et l'obligeaient à se coucher. Il a confirmé que la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 0% depuis le 2 décembre 1995.

15. Dans un rapport du 24 février 2005, le Dr E_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a exposé qu'à l'époque, la surdité et la maladie de Ménière justifiaient des limitations fonctionnelles mais qu'une activité adaptée était tout à fait possible de sorte que le motif d'octroi de la rente était uniquement psychiatrique. Il a ajouté qu'eu égard à l'absence tant d'un traitement psychiatrique que de la confirmation du problème psychotique, on était en droit de mettre en doute une incapacité de travail persistant depuis 1995. Il a requis la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer s'il y avait eu une amélioration de l'état de santé psychique depuis 1997.

16. Le 13 septembre 2005, le Dr F_____, psychiatre et psychothérapeute, a examiné l'assuré qui a mentionné son remariage en 1998 et a indiqué une amélioration relative de son état de santé, vers 2003, qui restait, toutefois, marqué par des vertiges permanents avec exacerbations quotidiennes. Le patient a précisé qu'en raison de vertiges et de fatigue, il était généralement incapable de se lever plus tôt que le début de l'après-midi et qu'il se sentait mieux en position couchée eu égard à une sensation permanente de malaise. Il a expliqué qu'il sortait tous les jours pour faire des achats et que son épouse assumait les tâches ménagères ainsi que l'éducation des enfants. Il a ajouté qu'il s'était engagé dans des activités bénévoles (visite de personnes âgées depuis environ deux ans et bibliothèque scolaire récemment) qu'il devait parfois annuler pour des raisons de santé. Il a décrit une diminution du plaisir dans les rencontres sociales, un isolement fréquent afin de cacher ses troubles à la famille et un évitement des grandes réunions. Il a toutefois mentionné des visites occasionnelles auprès de ses frères et soeurs. Dans son rapport de 4 octobre 2005, l'expert a diagnostiqué, principalement, un trouble somatoforme indifférencié (F. 45.1), un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère (F. 32.4; axe I), un trouble de la personnalité non spécifié (F. 60.9), des traits de personnalité dépendants, des traits de personnalité abandonniques, une structure psychosomatique (axe II), une cophose droite après labyrinthectomie, une maladie de Ménière et une hypertension artérielle sévère (axe III). Il a constaté une chronification de l'état et a considéré que l'incapacité de travail totale se maintenait. Il a conclu à une situation de perte d'intégration, tant au niveau social que professionnel, à une incapacité d'assumer la

plupart des tâches ménagères ou éducatives qui était vécue avec un net sentiment d'échec et de culpabilité, enfin, à un état psychique très nettement cristallisé.

17. Dans un avis médical du 30 novembre 2005, le Dr E_____ a estimé que l'appréciation de l'expert concluant à l'absence totale de capacité de travail se basait sur les chances de réinsertion professionnelle et non pas sur l'exigibilité médico-théorique. Il a ajouté que le trouble somatoforme ne constituait pas un facteur d'invalidité en l'absence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Il a précisé que l'épisode dépressif léger en rémission partielle ne remplissait pas ce critère et que la seule cause d'invalidité était en l'occurrence somatique, à savoir liée aux vertiges. Il a considéré que l'état de santé était objectivement amélioré depuis la décision d'octroi de rente puisqu'à l'époque, l'état dépressif était de gravité moyenne alors qu'aujourd'hui il n'était plus que de gravité légère.

18. Par projet de décision du 24 octobre 2006, l'OCAI a prévu la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a retenu que l'état de santé s'était considérablement amélioré depuis octobre 2005 au moins et que, dans une activité adaptée sédentaire, la capacité de travail exigible de l'assuré était de 100% depuis octobre 2005 au moins. Il a conclu à un degré d'invalidité de 17% en procédant à une comparaison des revenus.

19. Le 9 novembre 2006, l'assuré a informé l'OCAI de son total désaccord avec le projet de décision. Il a contesté tant l'amélioration considérable de son état de santé que l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire adaptée. Il a estimé que le rapport d'expertise du Dr F_____, qui avait pleine valeur probante, ne signalait pas d'amélioration de son état de santé et concluait au maintien d'une incapacité de travail totale. Il a exposé que rien dans les propos de l'expert ne laissait supposer que son appréciation s'était basée sur les chances de réinsertion professionnelle et que l'amélioration de l'état dépressif invoquée par le Dr E_____ n'était qu'une éventualité qui de surcroît n'avait pas modifié sa capacité de travail. Il a considéré que rien ne permettait de s'écarter de l'avis de l'expert. De plus, il a soutenu que la maladie de Ménière l'empêchait à l'évidence de reprendre une activité professionnelle dès lors que ses troubles étaient totalement incompatibles avec les exigences du marché du travail. Il a rappelé que le Dr D_____ concluait à une capacité de travail nulle. Enfin, il a relevé qu'en 1995, le Dr B_____ mentionnait des vertiges probablement rotatoires de courte durée ce qui démontrait que la situation s'était manifestement aggravée depuis cette époque.

20. Par décision du 30 novembre 2006, l'OCAI a confirmé sa position.

21. Par acte du 12 décembre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de dépens, à la

reprise du versement de la rente entière d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il prétend que l'amélioration de l'état dépressif allégué par l'intimé est une simple éventualité sur laquelle l'expert a des doutes et qui, au demeurant, n'a pas modifié sa capacité de travail. Pour le surplus, il soutient les mêmes arguments que ceux développés dans le cadre de la procédure administrative. En définitive, il invoque une aggravation de son état santé et une incapacité de travail totale.

22. Dans sa réponse du 12 février 2007, l'intimé s'en est remis à justice quant à l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Il a considéré que l'instruction de la cause pouvait être qualifiée de complète et que ses résultats étaient probants. De plus, il a soutenu que le rapport d'expertise du Dr G_____ (recte F_____) avait pleine valeur probante.

23. Le 15 février 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, sur le plan matériel, dès lors que le présent recours concerne la suppression du droit à des prestations dès le 1er février 2006, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas

est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision date du 30 novembre 2006 et a été reçue au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la communication, soit le 2 décembre 2006, et est arrivé à échéance au plus tôt le 15 janvier 2007 (art. 38 al. 1 et 4 let. c LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 12 décembre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la suppression de la rente entière octroyée au recourant à compter du 1er décembre 1995.

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, 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 du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. a) 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).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

d) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité du recourant s'est notablement modifiée (art. 17 LPGA). Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente du 17 novembre 1998 avec ceux existant au moment de la décision litigieuse du 30 novembre 2006.

Lors de la décision initiale de rente, l'OCAI a considéré que le recourant présentait un degré d'invalidité de 100%. Il s'est basé pour cela sur l'examen effectué par la

psychologue de sa division de réadaptation en date du 23 octobre 1997 qui, dans son rapport non daté, d'une part, a fait état d'une labyrinthotomie (sacculotomie) intervenue en novembre 1995 et d'une labyrinthectomie effectuée le 2 février 1996, d'autre part, s'est référé aussi bien à un rapport médical du 29 mars 1996 des Drs H_____ et I_____, service médical de la Clinique genevoise de Montana, qu'à un entretien téléphonique du 17 septembre 1996 avec une psychologue de "établissement hospitalier" ayant mentionné des idées suicidaires, qu'enfin, à une prise en charge psychiatrique par le Dr J_____, médecin à "établissement hospitalier", de septembre 1996 à juin 1997. Elle a indiqué que l'intervention du 2 février 1996 avait été pratiquée dans le but de soulager l'assuré des vertiges, mais qu'elle n'avait pas apporté l'amélioration de santé escomptée. Elle a conclu que les symptômes de la maladie de Ménière n'avaient pas pu être atténués par l'intervention chirurgicale de février 1996 et qu'il s'en était suivi une grave dépression avec des idées suicidaires ainsi que des troubles psychotiques de sorte qu'il convenait de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec un taux de 100%.

Le Tribunal de céans constate que des éléments importants pour l'appréciation de l'état de santé du recourant lors de l'octroi de la rente ne se trouvent plus dans le dossier actuel de l'intimé. Ainsi, il n'y a pas trace du rapport médical du 29 mars 1996 des Drs H_____ et I_____ pas plus que de celui du Dr J_____ relatif à la prise en charge psychiatrique intervenue de septembre 1996 à juin 1997 de sorte qu'il n'est pas possible d'opérer une comparaison pertinente de l'évolution de l'état de santé avec cette époque. En définitive, les seuls rapports médicaux déterminants présents dans le dossier actuel sont, d'une part, celui du Dr B_____ du 20 janvier 1995 qui avait diagnostiqué des vertiges probablement de courte durée suivis d'une période d'instabilité, une cophose droite et une forte hyporéflexie vestibulaire prédominant à droite, d'autre part, celui de la Dresse K_____ du 20 septembre 1997 qui avait diagnostiqué un état dépressif majeur moyen, avait suspecté un problème psychotique et avait considéré que l'état du patient ne lui permettait pas de travailler en raison de sa grande fragilité émotionnelle ainsi que de sa très mauvaise résistance au stress.

Quant à l'état de santé du recourant au moment de la décision de révision de rente, selon le rapport du Dr D_____ du 29 juillet 2004, il était stationnaire. Le médecin-traitant a diagnostiqué une cophose droite après labyrinthectomie, une maladie de Ménière, une hypertension artérielle sévère et des céphalées chroniques. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 2 décembre 1994 tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans toute autre activité. Il a formulé un pronostic défavorable en raison des vertiges fréquents durant plusieurs heures.

Cette appréciation a été confirmée par le Dr F_____ qui, dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2005, a mentionné, selon les dires du patient, une

amélioration relative de son état de santé, vers 2003, qui restait toutefois marquée par des vertiges permanents avec exacerbations quotidiennes.

Dans le cadre de l'expertise auquel a procédé le Dr F_____, le recourant a mentionné un net sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une légère tristesse, une anhédonie, une aboulie relative, un repli social, un sentiment de culpabilité modérée envers sa famille et une légère anxiété, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents, des difficultés de concentration et d'oubli, enfin, une diminution de l'appétit et de la libido. Il a estimé qu'une activité légère en position assise était envisageable. Pour sa part, lors de son examen, l'expert n'a pas constaté de signes florides de la lignée psychotique et a relevé l'absence de démonstrativité. Il a effectué des tests psychométriques qui ont mis en évidence un état dépressif majeur d'intensité légère. Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2005, il a précisé que la symptomatologie vertigineuse permanente accompagnée de crises quotidiennes, accrues en présence de la foule, et impliquant des chutes occasionnelles, des vomissements ainsi qu'une discrète symptomatologie anxieuse neurovégétative n'était pas totalement expliquée pas les atteintes organiques de sorte qu'elle s'apparentait plutôt au registre somatoforme. Il a expliqué que cette pathologie atypique avait une coloration conversive et justifiait le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Quant à l'épisode dépressif, eu égard à l'absence de notion d'une rémission depuis 1995-1996, il a retenu un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, avec intensité actuelle majeure légère.

Les deux parties ne contestent pas la valeur probante de ce rapport d'expertise et aucun indice n'établit le contraire de sorte qu'il convient de confirmer qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée.

8. La comparaison de l'état de santé du recourant entre 1998 et 2006 révèle que les diagnostics sont restés pour l'essentiel semblables. En effet, lors de la décision d'octroi de rente en 1998, le Dr B_____ avait diagnostiqué une cophose droite et une forte hyporéflexie vestibulaire prédominant à droite qui provoquaient des vertiges rotatoires, de courte durée. Quant à la Dresse C_____, elle avait posé le diagnostic d'état dépressif majeur, moyen, et avait suspecté un problème psychotique en raison de la focalisation du patient sur ses nombreuses plaintes somatiques. Elle avait conclu ainsi que le médecin-traitant à une incapacité de travail totale. Pour sa part, en 2006, le Dr F_____ a diagnostiqué, principalement, un trouble somatoforme indifférencié, un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère (axe I), un trouble de la personnalité non spécifié, des traits de personnalité dépendants, des traits de personnalité abandonniques, une structure psychosomatique (axe II), une cophose droite après labyrinthectomie, une maladie de Ménière et une hypertension artérielle sévère (axe III). Il a posé ces diagnostics au regard des critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV édité par l'Association des

psychiatres américains (American Psychiatric Association) qui préconise l'évaluation multiaxiale. Dans ce système chacun des cinq axes de base se rapporte à une classe d'information différente (axe I : syndromes cliniques; axe II : troubles du développement et de la personnalité; axe III : troubles et affections physiques; axe IV : sévérité des facteurs de stress psychosociaux; axe V : évaluation globale du fonctionnement). Sauf indication expresse contraire, le diagnostic principal - soit celui qui correspond à l'affection responsable au premier chef de l'évaluation - est celui de l'axe I (et non celui de l'axe II; ATFA non publié du 28 février 2002, I 191/01, consid. 5a). Quant à la capacité de travail, il a expliqué que, d'une part, les vertiges associés à des crises paroxystiques avec vomissements et chutes, les céphalées, les acouphènes avec phonophobie et état d'épuisement fréquent provoquaient des limitations fonctionnelles, d'autre part, que les symptômes du registre dépressif, tels qu'inquiétude, tristesse et dévalorisation, manque de motivation, repli social et dérégulation du rythme nycthéméral étaient également limitatifs. Il a fait état d'une chronification de l'état avec maintien d'une incapacité de travail totale. Il a conclu à une situation de perte d'intégration, tant au niveau social que professionnel, à une incapacité d'assumer la plupart des tâches ménagères ou éducatives qui était vécue avec un net sentiment d'échec et de culpabilité, enfin, à un état psychique très nettement cristallisé.

En l'espèce, il ressort de ces divers rapports médicaux qu'aucune amélioration notable de l'état de santé du recourant ou de sa capacité de travail ne s'est produite depuis la décision d'octroi de rente. Seul le Dr E_____ admet une amélioration objective de l'état de santé pour le motif que le trouble dépressif majeur était considéré comme léger en 2006 alors qu'il avait été évalué comme moyen en 1997. De plus, en se basant sur la jurisprudence, il relève que le trouble somatoforme ne peut pas être invalidant dès lors qu'un état dépressif léger ne peut pas être considéré comme une comorbidité pouvant justifier le caractère invalidant dudit trouble somatoforme.

Quoiqu'en dise le médecin-conseil de l'intimé, l'état dépressif du recourant ne s'est pas amélioré car, même si le diagnostic posé le qualifie de léger plutôt que de moyen, en revanche, la chronification de l'état dépressif dont a fait état le Dr F_____ révèle un état très nettement cristallisé rendant impossible toute reprise du travail. En définitive, l'incapacité de travail est toujours totale. Quant aux considérations du Dr E_____ relatives aux critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme, elles ne sont d'aucune aide en la matière.
A ce sujet, il y a lieu de relever que le médecin n'est pas habilité à statuer sur le plan juridique, mais doit se borner à donner les renseignements nécessaires sur le plan médical pour permettre à l'administration de trancher. En effet, l'expert doit s'interdire de répondre à toute question juridique (ATF 132 II 257 consid. 4.4.1 et 125 V 261 consid. 4; PAYCHERE, Le juge et l'expert, L'expertise médicale, 2002, Genève, p. 147). Or, en mentionnant des critères juridiques dans sa prise de

position, le médecin-conseil de l'intimé a outrepassé ses compétences de sorte que son appréciation ne repose pas sur des critères probants. De plus, la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de rente d'invalidité consiste à comparer sur le plan médical les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente avec la situation au moment de son rapport. Or, comme le Tribunal l'a déjà constaté, le Dr E_____ s'est prononcé sans avoir pu consulter certains rapports médicaux déterminants datant de 1996 et 1997 ce qui l'empêchait d'effectuer correctement et de façon concluante une telle comparaison. En conséquence, l'appréciation du médecin-conseil de l'intimé relative tant à l'évolution de l'état de santé du recourant qu'à sa capacité de travail n'est pas pertinente.

Par ailleurs, contrairement à ce que semble prétendre implicitement le Dr E_____, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié posé par l'expert n'est pas à proprement parler un nouveau diagnostic mais bien davantage une nouvelle qualification donnée par le corps médical à des troubles qui existaient déjà et qui avaient été considérés à l'époque comme un problème psychotique sans que davantage de précision n'ait été apportée à leur sujet. Or, c'est depuis la nouvelle classification pratiquée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) en 1993 que le trouble somatoforme est entré dans les diagnostics répertoriés bien qu'il ne s'agisse pas d'une nouvelle maladie (ROSATTI, de la sinistrose aux troubles somatoformes, L'expertise médicale, op. cit., p. 86). En conséquence, force est de constater que, lors de la décision d'octroi de rente de 1998, ce trouble existait vraisemblablement déjà même s'il n'avait pas été formellement diagnostiqué. Enfin, la jurisprudence restrictive concernant le caractère invalidant du trouble somatoforme a commencé à être développée par le Tribunal fédéral des assurances en 2000 (ATFA non publié du 19 janvier 2000, I 554/98, consid. 2c), à la suite d'une étude de MOSIMANN (Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss) de sorte qu'il n'est pas possible d'en tenir compte pour comparer la situation existant en 1998. Au demeurant, lors de l'octroi de la rente d'invalidité en novembre 1998, l'intimé a forcément statué sans prendre en considération cette pratique restrictive dès lors que cette dernière s'est développée ultérieurement.

Enfin, l'argument du Dr E_____ selon lequel l'expert se serait prononcé sur les chances de réadaptation professionnelle et non pas sur l'exigibilité médico-théorique ne ressort nullement du rapport d'expertise, l'expert ne mentionnant à aucun moment la problématique d'une réadaptation professionnelle. Cet argument est d'autant plus spécieux qu'en concluant au maintien d'une incapacité de travail totale, l'expert-psychiatre a procédé à une évaluation reposant exclusivement sur les troubles psychiatriques et a donc implicitement conclu à une incapacité de travail dans toute activité ce qui ne pouvait qu'exclure la problématique d'une réadaptation professionnelle.

En conséquence, il ressort de la comparaison des divers rapports médicaux produits par l'intimé que tant l'état de santé du recourant que sa répercussion sur sa capacité résiduelle de travail ne se sont pas modifiés de manière suffisamment importante depuis la décision d'octroi de rente pour justifier sa révision. En définitive, pour supprimer la rente, l'intimé s'est basé sur une appréciation médicale différente de la capacité de travail, laquelle n'est pas de nature à fonder une révision de la rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 30 novembre 2006 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

10. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 30 novembre 2006.

2. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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); 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste :
Philippe LE GRAND
G_____

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