

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/654/2009

ATAS/965/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 29 juillet 2009

En la cause

Monsieur P _____, domicilié au GRAND-LANCY

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en 1965, est poseur de sol, sans CFC. Il vivait en concubinage avec son amie jusqu'au décès de celle-ci, en novembre 2007, et est père de deux enfants nés en 1989 et 2002.
2. En février 1999, il forme une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de celle-ci, le Dr A_____, généraliste, atteste que l'assuré présente une affection à VIH diagnostiquée en 1996, stade actuel A1, et suit une trithérapie. Le patient est atteint également d'une hépatite C probablement persistante, d'un status après hépatites A, B et D, d'une dépendance aux opiacées avec régime de substitution sous surveillance médicale, d'un épisode dépressif sévère et d'un syndrome respiratoire obstructif chronique sur tabagisme et irritation par des solvants. Ce médecin précise qu'après avoir présenté durant l'enfance un asthme nécessitant une désensibilisation, le patient remarque que les émanations des solvants et les poussières qu'il rencontre dans sa profession lui sont de plus en plus insupportables, car elles entraînent de la toux et des difficultés respiratoires. L'assuré se plaint d'un état de fatigue lié à des difficultés respiratoires sous forme de broncho-spasmes. Il y a une incapacité de travail dans la profession de poseur de sol dès le 27 décembre 1998 et cela de façon définitive.
3. Dans son rapport du 23 septembre 1999, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, atteste une incapacité totale de travailler à partir du 26 octobre 1998. Il diagnostique une séropositivité VIH, une dépendance chronique aux opiacées et un état dépressif. Il rapporte que, de l'avis unanime des intervenants de la Fondation PHENIX, où le patient est suivi, une réadaptation semble vouée à l'échec. La trithérapie est en effet mal tolérée et entraîne des effets secondaires (asthénie, douleurs abdominales), rendant très illusoire toute tentative de reprise du travail régulière. Dans un premier temps, il semble vital que l'assuré se concentre sur une bonne adaptation de son traitement et une prise régulière de celui-ci. Du point de vue thymique, la situation n'est pas non plus stabilisée, le patient ayant arrêté son traitement antidépresseur qui était mal toléré. Il reste très fragile et on observe régulièrement des pleurs et une anxiété très importante dès que l'on aborde en entretien sa situation actuelle, du point de vue somatique ou social. Le Dr B_____ relève par ailleurs que le patient suit très scrupuleusement son traitement de méthadone et qu'il n'a jamais eu de consommation de drogue illégale depuis plus d'une année.
4. Le 11 octobre 1999, l'assuré est vu à la Division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Dans son rapport du 12 octobre 1999, cette division relève notamment que toute tentative de réadaptation professionnelle serait vouée à l'échec, l'état de santé physique (vomissements, fatigue, douleurs) et l'état de santé psychologique (grande détresse,

fragilité, état dépressif) ne permettant pas d'envisager la reprise d'une quelconque activité. Selon la Division de réadaptation professionnelle, ces éléments sont aussi corroborés par le fait que, lors des différents entretiens, l'assuré n'est jamais arrivé à l'heure, a pleuré, n'arrivait pas à envisager son avenir et restait centré sur ses problèmes de santé liés à la trithérapie.

5. Par décision du 17 février 2000, l'OCAI octroie à l'assuré une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} décembre 1999.
6. En mars 2005, l'OCAI entame une procédure de révision de la rente.
7. Selon le rapport du 7 avril 2005 du Dr B_____, l'état de santé du patient est resté stationnaire. Il diagnostique un trouble de la personnalité de type personnalité limitée, avec dépression, des traits de personnalité antisociale, une séropositivité VIH et des troubles digestifs (dysphagie, douleurs abdominales). Le traitement anti-VIH a été interrompu en raison de la très mauvaise tolérance aux médicaments (troubles digestifs chroniques avec nausées, dysphagie, douleurs abdominales). Ces troubles sont aggravés par toute prise de médicaments, ce qui pose problème pour la prescription d'antidépresseurs. Sur le plan de l'addiction, le patient est traité par la méthadone, tout juste tolérée, et abstinent envers les opiacées depuis de nombreuses années (plus de 5 ans). Concernant les limitations fonctionnelles, le médecin indique que le patient a des difficultés dans le contact avec les autres, présente une grande impulsivité et un trouble de l'humeur. La compliance n'est pas optimale, le patient ayant des difficultés à assurer le minimum et à venir aux rendez-vous. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La reprise du travail sera éventuellement possible dans quelques années à 50 %, si le patient adhère à un plan thérapeutique. Il a toutefois des difficultés relationnelles et un mauvais état général.
8. Le 21 décembre 2006, l'OCAI avise l'assuré qu'il procèdera à une expertise médicale et commettra à cette fin le Dr C_____, psychiatre. Le 8 février 2007, celui-ci informe l'OCAI que l'assuré ne s'est pas présenté au rendez-vous, sans motif valable. Le même jour, ledit office somme l'assuré de prendre contact avec ce médecin. Par courrier reçu le 16 février 2007, l'assuré l'informe qu'il s'était excusé auprès de l'expert 10 minutes avant le rendez-vous fixé pour 8h30, dès lors qu'il souffrait de fortes douleurs depuis 5 heures du matin et devait consulter le Dr B_____ d'urgence, afin qu'il lui prescrive des antidouleurs. Il s'est avéré par la suite qu'il avait une crise de goutte sur les poignets et les orteils. Or, l'expert a estimé que cela n'était pas une excuse valable, qu'il fallait alors abandonner l'expertise et que cela aura des répercussions sur sa rente d'invalidité. L'assuré a dès lors demandé à l'OCAI ce qu'il devait faire pour obtenir un nouveau rendez-vous.
9. Le 2 avril 2007, l'assuré est examiné par le Dr C_____. Dans son rapport du 5 avril 2007, celui-ci diagnostique un épisode dépressif léger sans syndrome

somatique, présent depuis début 1998, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement avec un régime de maintenance sous surveillance médicale. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés et du cannabis, ainsi qu'un syndrome de dépendance. Sur le plan de la dépression, la capacité de travail est de 50 % dans l'activité de poseur de sol simple, c'est-à-dire sans responsabilités autres que celles de la pose. L'assuré estime que son état sur le plan psychique s'est plutôt péjoré au fil des ans. Toutefois, selon l'expert, l'absence de suivi spécifique psychiatrique et l'absence d'hospitalisation parle contre la présence d'un état grave entraînant une incapacité de travail totale. Il qualifie les dépendances au cannabis et à l'héroïne de primaires. Il est possible que la consommation de cannabis contribue à la réduction de l'énergie psychique. Cependant, la consommation de l'héroïne n'a pas laissé des séquelles. La prise de méthadone le matin influence négativement l'énergie. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées, l'assuré étant persuadé qu'il est incapable de travailler. A cet égard, l'expert rappelle que le Dr B_____ a relevé, dans son rapport du 8 juin 2005, la difficulté du patient à assurer un suivi et à venir aux rendez-vous. Cela confirme une motivation réduite. Il est également indiqué dans le rapport d'expertise que l'assuré n'est pas capable d'avoir des activités pendant la majeure partie de la matinée, mais qu'il a des occupations variées pendant le reste de la journée, dès lors qu'il promène le chien, accompagne et va chercher sa fille à l'école, lit les informations sur internet, joue avec son hélicoptère télécommandé et sa fille, rencontre des amis et participe aux tâches du quotidien.

10. Dans son avis médical du 18 juillet 2007, le Dr H_____ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) relève, sur la base de l'expertise psychiatrique, que l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il arrête toute consommation de cannabis et diminue le dosage de méthadone. Il estime que sa capacité de travail est de 50% dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute autre activité. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, l'assuré étant persuadé être incapable de travailler.
11. Le 31 juillet 2007, l'OCAI fait parvenir à l'assuré un projet de réduction de sa rente à une demi-rente, au motif qu'il présente une capacité de travail de 50 % dans l'activité de poseur de sol, ainsi que dans toute autre activité professionnelle adaptée, selon l'expertise psychiatrique du Dr C_____.
12. Par courrier reçu le 17 septembre 2007, l'assuré s'oppose à ce projet. Il explique qu'il devait travailler avec des produits très toxiques en tant que poseur de sol et qu'il présente encore beaucoup de problèmes de santé aujourd'hui. Rares sont les matins où il n'a pas mal au ventre, des vomissements de bile, du sang dans les selles ou des diarrhées. Il relève par ailleurs que la capacité de ses poumons est diminuée de moitié, qu'à tout effort il a l'impression que son cœur va sortir de sa poitrine, il a

des vertiges et doit attendre quelques minutes avant de pouvoir continuer. Il ne se sent ainsi pas capable de reprendre le travail, même à 50 %. Enfin, il ajoute que lors de l'expertise, il n'a pas réussi à arrêter pendant une minute de pleurer, tellement il se sentait mal. Il ne se souvient d'ailleurs d'aucune des questions posées.

13. Par courrier reçu le 21 décembre 2007, l'assuré informe l'OCAI que sa compagne, avec laquelle il a vécu près de 30 ans, est décédée au début du mois de novembre, et qu'il vit une période difficile. Il indique en outre que les résultats médicaux ont démontré que ses poumons sont sévèrement atteints et qu'il doit encore subir d'autres examens médicaux.
14. Le 23 avril 2008, le Dr B_____ fait savoir à l'OCAI que les symptômes de l'atteinte pulmonaire datent de l'enfance. Ils ont repris il y a deux ans, début 2006. Les symptômes se présentent sous forme d'une dyspnée à l'effort modéré (marche à plat) avec obligation de s'arrêter après 50 mètres, en raison d'oppressions thoraciques, sentiment de tête vide, palpitations et douleurs dans les membres inférieurs. Cette symptomatologie crée un handicap dans la capacité de travail, dans la mesure où la capacité d'effort est modérée et le transport de charges difficile. Il y a en outre une intolérance respiratoire aux odeurs de colle synthétique avec rapide oppression respiratoire.
15. Selon le rapport du 11 juillet 2008 des Drs D_____ et E_____ du Service des maladies infectieuses des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré présente un nodule spiculé du lobe supérieur gauche, un syndrome obstructif sévère partiellement réversible de type asthme et un emphysème, qualifié de sévère, en plus des comorbidités déjà connues, dans lesquelles ces médecins mentionnent également un état anxio-dépressif. Il est convenu d'organiser une ergospirométrie et ensuite de déterminer, dans une discussion multidisciplinaire avec les chirurgiens thoraciques et les oncologues, s'il y a lieu de procéder à une intervention chirurgicale. Il est par ailleurs mentionné dans ce rapport ce qui suit:

"L'indication à tenter encore un PET-CT dans le bilan d'extension sera rediscutée lors de ce colloque. Compte tenu de la claustrophobie de M. P_____ et de deux échecs précédents de réalisation de cet examen, une approche par hypnose pourrait être envisagée."

16. Dans son avis médical du 21 août 2008, le Dr F_____ du SMR admet que l'assuré ne peut plus travailler dans son ancienne activité, que son cas n'est pas stabilisé et que l'on doit attendre les résultats des investigations.
17. Le 17 décembre 2008, le Dr B_____ fait savoir à l'OCAI que son patient souffre d'une maladie grave du poumon, en plus de ses troubles psychiatriques (état dépressif et anxiété notamment), qui complique les investigations et la prise en charge. Malgré plusieurs tentatives de la part de ce médecin, son patient ne parvient

pas à saisir les possibilités d'aide qu'il lui a offertes, et il n'a plus de nouvelles de sa part depuis plus de trois mois. Il renonce ainsi à être son médecin traitant.

18. Dans son avis médical du 13 janvier 2009, le Dr F_____ relève qu'en l'absence de nouvelles de l'assuré, il n'y a pas d'éléments médicaux permettant d'évaluer le cas, de sorte qu'il y a lieu d'en rester aux conclusions de l'avis médical du Dr H_____ du 18 juillet 2007.
19. Par décision du 26 janvier 2009, l'OCAI réduit la rente entière du recourant à une demi-rente à partir du 1^{er} mars 2009, en se fondant sur l'expertise du Dr C_____ et en arguant qu'il n'y a pas d'éléments médicaux permettant d'évaluer son état de santé, dans la mesure où il a changé de médecin traitant.
20. Par courrier posté le 26 février 2009, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Il indique qu'il a changé de médecin traitant et qu'il est aujourd'hui suivi par le Dr G_____.
21. Dans sa détermination du 27 mars 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision, en ce qui concerne la motivation.
22. Par courrier reçu le 30 mars 2009, le recourant informe le Tribunal de céans que ce nouveau médecin n'a pas encore rassemblé toutes les données le concernant et demande un délai supplémentaire pour transmettre des pièces.
23. Par courrier du 31 mars 2009, le Tribunal de céans impartit au recourant un délai au 28 mai 2009. Le recourant ne lui transmet aucune nouvelle pièce dans ce délai.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 5 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de recouvrer une capacité de travail à 50% et de présenter une capacité de gain du même degré au moins.
4. 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. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

5. 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. En ce qui concerne la comparaison de salaires lors d'une révision de rente, il y a lieu de l'effectuer au regard de la situation existant au moment de la révision. 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 et survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, sont à prendre en compte (ATF non publié I 93/06 consid. 6.1; 129 V 222 consid. 4; 128 V 174).
7. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; voir également l'art. 61 let. c LPGA).

Ainsi, selon l'art 43 al. 3 LPGA si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. L'art. 43 al. 3 LPGA a en substance la même teneur que l'art. 73 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et s'applique aux obligations de coopération du recourant. Cette disposition prévoit en particulier que si l'assuré ne donne pas suite, sans excuse valable à une demande de renseignements (art. 71 al. 1 RAI), l'office AI peut se prononcer en l'état du dossier, après lui avoir imparti un délai raisonnable avec indication des conséquences du défaut de collaboration (ATF 125 V 407 consid. 4c; VSI 2000 p. 332 consid. 4c).

Le cas échéant, l'assurance pourra rejeter la demande présentée par une partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une

décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi (ATF 108 V 230 s. consid. 2; voir également Ueli KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, n° 229, p. 108 s.; Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; Hardy LANDOLT, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht: unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts*, thèse Zurich 1995, p. 172 s.; cf. aussi l'art. 43 al. 3 LPG). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 231 s. et 97 V 177; MAURER, *op. cit.*, p. 255 ; ATFA non publié du 24 juin 2003 en la cause I 700/02).

9. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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).

b) 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).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

10. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr C_____. Celui-ci a constaté que le recourant présente, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 50 %. Il ne ressort cependant pas de ce rapport si l'état de santé s'est amélioré depuis 2000, date à laquelle la décision d'octroi de la rente entière a été rendue. Cette évaluation est d'autant plus difficile que le recourant n'a pas fait l'objet d'une expertise à l'époque. Selon le Dr B_____, cela n'est toutefois pas le cas. A cet égard, il a relevé, dans son rapport du 23 septembre 2009, que la situation n'était pas stabilisée, du point de vue de la thymie. Le patient restait très fragile et on observait régulièrement des pleurs et une anxiété très importante. Le Dr B_____ n'avait cependant pas qualifié à l'époque la sévérité de l'état dépressif. Selon le Dr A_____, il s'agissait d'un état dépressif sévère. Dans le rapport de la Division de réadaptation professionnelle du 12 octobre 1999, il est en outre relevé que tant l'état de santé physique que l'état de santé psychologique ne permettent pas d'envisager la reprise d'une quelconque activité. Lors des entretiens avec ladite division, le recourant s'était montré très fragile, était anxieux et pleurait.

Le Dr C_____ indique, dans le status psychiatrique, que le recourant est, la plupart du temps, déprimé avec une tristesse, un découragement, un discours globalement négatif, une absence de perspectives et des pleurs, alors qu'à des rares moments, il peut se montrer souriant. L'expert ne constate cependant pas de ralentissement psychomoteur ni une diminution de l'attention, de la vigilance, de la concentration et de la mémoire. Il y a une légère tension et anxiété au début de

l'entretien qui s'estompe par la suite, selon ses observations. A relever cependant que, selon le recourant, il aurait pleuré tout le long de l'entretien.

Sur la base de l'expertise du Dr C_____ qui paraît a priori remplir tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, il semble effectivement que l'état psychique du recourant se soit légèrement amélioré par rapport à 2000. Ses occupations ne sont en tout cas pas compatibles avec un état dépressif sévère, du moins au moment de l'expertise par le Dr C_____. Il faut cependant admettre que le diagnostic d'épisode dépressif récurrent retenu par les médecins traitants implique une fluctuation de la thymie, ce qui peut expliquer que le trouble dépressif n'était que d'une intensité légère au moment de l'expertise, selon les constatations du Dr C_____. Celui-ci n'a pas ailleurs pas expliqué pourquoi il s'est écarté du diagnostic d'épisode dépressif récurrent des autres médecins.

En tout état de cause, même en admettant une amélioration de l'état psychique, il appert qu'il y a une nette aggravation sur le plan somatique, le recourant présentant un nodule spiculé du lobe supérieur gauche qui devra être opéré, ainsi qu'un emphysème, qualifié de sévère par les médecins des HUG. Le Dr B_____ a indiqué, dans son rapport du 17 décembre 2008, qu'il s'agissait d'une maladie grave. Compte tenu de ces atteintes, il doit être admis que le recourant n'est manifestement pas en mesure de travailler, d'autant moins que ses troubles psychiques rendent non seulement difficiles les soins, la claustrophobie l'empêchant notamment de subir certains examens, mais diminuent aussi ses ressources pour surmonter les handicaps physiques. De surcroît, sa compagne, avec laquelle il vivait depuis près de 30 ans, est décédée en novembre 2007 et le recourant se trouve ainsi aujourd'hui seul à devoir s'occuper de sa fille née en 2002. Au vu de sa fragilité psychique, il est hautement vraisemblable que la mort de sa compagne a péjoré son état psychique, d'autant plus qu'il est atteint d'une maladie grave aux poumons. A cela s'ajoute qu'il ne pourra plus exercer son précédent métier et qu'il devrait donc être réadapté, pour lui donner une petite chance de se réinsérer dans le marché du travail. Des mesures de réadaptation sont également indiquées compte tenu du fait qu'il n'a plus travaillé depuis plus de dix ans.

Dans ces conditions, on ne saurait considérer que l'état de santé du recourant s'est amélioré. Au contraire, sur le plan somatique, il s'est détérioré.

Le Tribunal de céans estime ainsi que les éléments médicaux ressortant du dossier sont suffisants pour écarter une amélioration, de sorte qu'une instruction complémentaire n'est pas nécessaire.

Il est à relever à cet égard que si cela n'était pas l'avis de l'intimé, il lui aurait appartenu d'instruire le dossier d'office, en se renseignant à nouveau auprès des médecins des HUG où le recourant est suivi. A défaut d'obtenir les renseignements

complémentaires, il aurait dû statuer en l'état, après avoir suivi la procédure prescrite par la loi, comme exposé ci-dessus, en prenant en considération également la grave maladie des poumons. Enfin, il convient d'ajouter qu'il aurait appartenu à l'intimé, avant de réduire la rente, de procéder à une comparaison des revenus pour établir la perte de gain, dès lors que le recourant ne peut plus exercer son ancien métier.

Partant, c'est à tort que l'intimé a remplacé la rente d'invalidité entière par une demi-rente.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.
12. Dès lors que l'intimé succombe, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., sera mis à sa charge.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 26 janvier 2009.
4. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
5. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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