



POUVOIR JUDICIAIRE

A/969/2014

ATAS/1125/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile recourant
auprès de la CAP Compagnie d'Assurance de protections juridique SA

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue des intimé
Gares 12, GENÈVE

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre
WAVRE, Judges assesseurs.**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né le _____ 1952, est arrivé en Suisse en février 1986. Il a exercé la profession de maçon à la papeterie de B_____ du 1^{er} janvier 1991 au 31 juillet 1996. Il a gagné en 1995 CHF 63'344.50, treizième salaire compris (cf. questionnaire pour l'employeur du 9 octobre 1997). Selon cet employeur, il aurait gagné en 1997 CHF 65'080.- brut.
2. En date du 22 août 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de discopathies étagées lombaires et d'une sciatique gauche, visant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.
3. L'assuré a déposé en date du 28 octobre 1998 une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité pour les mêmes affections, avec en sus des cervicalgies et visant toujours à un reclassement dans une nouvelle profession.
4. Dans un rapport du 15 décembre 1998 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), son médecin traitant, le Dr C_____, a diagnostiqué une discopathie L3-L4 non compressive, une spina bifida guttata S1, de l'arthrose interapophysaire L4-L5 et L5-S1 avec syndrome pseudo-radiculaire, une misère sociale, ainsi qu'un état après polypose rhinosinusale bilatérale hypersensibilité aux poussières. Le patient présentait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 1998, pour une durée indéterminée dans la profession de manœuvre, mais une activité sédentaire, en milieu non empoussiéré était adaptée à son état de santé. Le Dr C_____ a précisé que le patient se trouvait actuellement au chômage depuis août 1996 et que diverses tentatives de formations professionnelles effectuées par cet organisme avaient échoué, bien qu'elles concernaient des activités compatibles avec l'état de santé de l'assuré. Le Dr C_____ a joint à son rapport une attestation établie par lui-même le 14 juillet 1998, dans lequel il mentionnait que son patient ne pouvait effectuer un travail impliquant le port de charges significatives, un travail en milieu empoussiéré ainsi qu'un travail assis lorsqu'une position fixe devait être tenue la plupart du temps. Par contre, des activités légères, telles la petite manutention, le travail de coursier, la surveillance, étaient adaptées à l'état de santé du patient. Ce médecin a également joint une attestation du Dr D_____, médecin conseil de l'office cantonal de l'emploi, selon laquelle la capacité de travail de l'assuré était totale dans n'importe quelle activité évitant tout effort physique important (cf. attestation du Dr D_____ du 18 décembre 1996).
5. Dans un rapport intermédiaire du 6 juillet 2000, le Dr C_____ a posé les diagnostics suivants : lombalgies et cervicalgies récidivantes ; syndrome algosensitif L5, discopathie L3-L4, arthrose L4-L5 et L5-S1, trouble de l'humeur de type dépressif et trouble de la perception du corps. L'état de santé était jugé

stationnaire. Le traitement comportait des AINS et antalgiques ainsi que des antidépresseurs. L'incapacité était toujours totale depuis le 1^{er} septembre 1998 pour une durée indéterminée. Le médecin a précisé qu'il était pessimiste quant au pronostic et que le patient était peu motivé pour une reprise ou un reclassement professionnel. L'assuré pouvait tenir la position assise pendant deux heures par jour en alternance et la position debout pendant six heures par jour en alternance ; l'alternance des positions assis/debout, l'alternance des positions assis/debout/marche, un parcours à pied sur environ trois kilomètres, ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos étaient possibles ; l'utilisation des deux bras et des deux mains était complète et il pouvait lever, porter ou déplacer des charges de cinq kilos. En revanche, il ne pouvait pas tenir la même position du corps pendant longtemps, ni la position à genoux ou accroupie ; l'inclinaison du buste, le fait de se baisser, le travail en hauteur ou sur une échelle ainsi que les déplacements sur sols irréguliers ou en pente étaient prohibés. Il fallait également éviter un environnement emprunt de poussières. Une profession sédentaire sans port de charges était adaptée.

6. Dans un deuxième rapport intermédiaire du 19 juin 2001, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire, le pronostic inchangé. Les diagnostics étaient les suivants : lombalgies, cervicalgies et troubles de la perception du corps. L'état de santé ne s'était pas modifié de façon notable, la compliance n'était pas optimale et il n'y avait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement en cours comportait l'administration d'un antidépresseur, d'AINS et de myorelaxants. Les troubles psychiques présentés auraient nécessité une prise en charge psychiatrique qui retenait peu d'intérêt chez le patient, qui était par ailleurs peu motivé par une reprise de travail.

7. En date des 8 et 18 juillet 2002, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'OAI auprès de la Polyclinique médicale universitaire (PMU), centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Les conclusions de ce rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 20 août 2002, en présence du professeur E_____, de la doctoresse F_____, internistes, de la doctoresse G_____, rhumatologue et de la doctoresse H_____, psychiatre. Selon le professeur I_____, rhumatologue, l'assuré présentait des lombalgies chroniques prédominantes au niveau cervical et lombaire avec sciatalgies droites intermittentes, ainsi que des douleurs chroniques de l'épaule droite avec brachialgies, évoluant depuis plusieurs années. D'un point de vue rhumatologique pur, et en tenant compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, la capacité de travail de l'expertisé pouvait être évaluée à 70 %, dans une activité adaptée, en évitant les positions statiques prolongées, le port de charges, ainsi que toute activité impliquant des mouvements répétés d'extension de la nuque ou des mouvements répétitifs des membres supérieurs. La doctoresse J_____, psychiatre, a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, actuellement stabilisé sous traitement. L'expertisé présentait un état

psychiatriquement stationnaire. Néanmoins, l'on observait une péjoration progressive de ses douleurs, qui rendaient toute activité professionnelle future difficilement envisageable. Pour des raisons psychiatriques, l'experte a estimé que l'incapacité de travail s'élevait à environ 50 à 70 %. Le collège des médecins a posé les diagnostics suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant, se manifestant principalement par des rachialgies, un trouble dépressif récurrent, actuellement stabilisé sous traitement, ainsi qu'une probable épicondylite. Les experts avaient été frappés par la discordance entre les éléments objectifs, ne pouvant expliquer que très partiellement les plaintes de l'assuré et la sévérité invalidante de la symptomatologie douloureuse. Ce tableau clinique évoquait en premier lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant, prédominant au niveau du rachis, se caractérisant typiquement par une extension progressive des douleurs à partir d'une « épine irritative » constituée par les lombalgies, des douleurs qui étaient permanentes, diurnes et nocturnes, et qui résistaient à toute prise en charge thérapeutique. La limitation fonctionnelle était avant tout en relation avec le vécu douloureux chronique. Une majoration des symptômes pouvait être présente, inconsciente, comme c'était souvent le cas dans le cadre du trouble somatoforme douloureux. Les experts étaient cependant persuadés de la réalité des douleurs de l'expertisé et de l'importance qu'elles représentaient dans son vécu quotidien. L'émergence de ce syndrome trouvait probablement son origine dans l'anamnèse psychosociale de l'assuré, marquée par une mise au travail précoce et surtout par des séparations familiales conséquentes et mal vécues en 1985 et en 1996 (retour au pays de sa femme et de ses deux enfants). Globalement, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, l'assuré présentait une capacité de travail de l'ordre de 50 %, dans une activité physiquement allégée (éviter des positions statiques prolongées, du port de charges, des mouvements répétitifs des membres supérieurs et de l'extension répétée de la nuque) ; en effet, son ancienne activité de maçon ne semblait guère exigible. Malgré un vécu douloureux important, l'assuré semblait avoir encore quelques ressources. La capacité de travail avait probablement subi une réduction de 25 % au moins au courant de l'année 1998, date à laquelle l'assuré était arrivé aux termes des prestations de l'assurance-chômage et se retrouvait dans une situation de précarité. Le pronostic était réservé, au vu de l'importance du trouble somatoforme douloureux, de l'absence d'entourage soutenant et d'éléments non médicaux tels que la longue durée d'interruption de travail. Concernant le trouble dépressif récurrent, celui-ci semblait s'être stabilisé grâce à un soutien du médecin traitant de l'assuré et à un traitement antidépresseur. Une activité adaptée pourrait être retrouvée sans qu'il soit nécessaire d'envisager un réel reclassement dans une nouvelle profession. Une aide au placement semblait être une mesure plus adéquate.

8. Dans une note du 11 février 2003, le docteur K_____, médecin conseil de l'assurance-invalidité, a noté qu'il n'y avait pas de trouble psychiatrique notable, en dehors du syndrome douloureux qui empêchait l'assuré de travailler. Il relevait par

ailleurs que les experts avaient été frappés par les discordances entre les éléments objectifs et la sévérité invalidante de la symptomatologie douloureuse. Une majoration des symptômes pouvait être présente, inconsciente, comme c'était le cas lors de syndromes somatoformes dont l'origine serait surtout liée à des séparations familiales mal vécues, en particulier en 1996 lors du retour de sa famille au Portugal. L'état dépressif était survenu en 1998 au terme de la période de chômage et avec l'échec de ses recherches. Le Dr K_____ notait qu'il était cependant curieux que l'assuré expliquait ne pouvoir rester qu'une heure assis alors qu'il pouvait se rendre au Portugal en voiture, soit effectuer deux milles kilomètres. Le syndrome douloureux de l'assuré paraissait intimement lié à ses difficultés d'émigration. Selon lui, le trouble somatoforme n'avait pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Cependant, pour tenir compte de la présence d'une probable épicondylite droite et de différentes douleurs articulaires, le travail de maçon ne paraissait plus possible ; dans un poste adaptée la capacité de travail devrait atteindre 100 % (sans diminution de rendement). Une aide au placement, voire un stage d'observation paraissait en revanche nécessaire.

9. Par décision du 29 avril 2003, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 37,2 %, ne donnant droit à aucune rente. En effet, le syndrome somatoforme douloureux ainsi que les troubles de l'humeur n'atteignaient pas une intensité suffisante pour mettre en péril de façon significative la capacité de gain de l'assuré et n'avaient donc pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Des travaux peu pénibles sur le plan physique, tels que des activités simples et répétitives dans l'industrie ou dans un atelier étaient adaptés à l'état de santé de l'assuré.
10. Par courrier du 28 mai 2003, l'assuré a formé opposition contre cette décision, alléguant que selon l'expertise du COMAI, il ne pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qu'à 50 %. Il a également contesté les revenus avant et après invalidité retenus par l'OAI pour la comparaison des revenus. L'assuré a joint à son opposition un courrier de la doctoresse L_____ du 19 mai 2003, selon lequel une intervention chirurgicale pour une cure herniaire avait été décidée. L'état dépressif de son patient s'était également péjoré et lors de la consultation du 16 mai 2003, il avait manifesté des idées suicidaires. Dans ces conditions, une prise en charge psychiatrique s'imposait et l'assuré avait reconnu cet impératif. La Dresse estimait que la capacité de travail de son patient s'élevait au maximum à 50 %.
11. Dans un avis médical du 25 septembre 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) a souligné qu'entre 1996 et 2000, seuls des troubles somatiques avaient été annoncés pour justifier de l'incapacité de travail de l'assuré dans sa profession ; cependant, un autre emploi aurait convenu même si l'assuré était peu motivé. Ce n'était qu'en juillet 2000 qu'avaient été notés des troubles de l'humeur de type dépressif et qu'un traitement lui avait été proposé, mais son médecin avait relevé que la compliance n'était pas optimale. En juillet

2002, lors du COMAI, ses troubles dépressifs avaient disparu grâce au traitement. Cependant, si l'assuré avait traité correctement dès le départ son trouble psychique, ce dernier se serait plus rapidement amélioré. Ainsi, la seule période où l'incapacité de travail aurait pu être totale était entre 2000 et 2001. Il ne s'agissait donc pas d'une affection durable qui justifiait d'une incapacité de travail prolongée. Les experts du SMR Léman ont encore rappelé que pour le COMAI, le syndrome douloureux trouvait possiblement son origine dans l'anamnèse psychosociale, marquée par une mise au travail précoce et surtout par des séparations familiales mal vécues, éléments qui ne relevaient pas de l'assurance-invalidité. Actuellement, après le refus d'octroi de la prestation de l'assurance-invalidité, l'assuré réagissait par la survenance d'un nouvel état dépressif, constaté le 16 mai 2003, pour lequel un traitement était préconisé. Il s'agissait d'une réaction normale pour quelqu'un qui espérait recevoir une rente entière de l'assurance-invalidité. En ce qui concernait l'opération de la hernie, probablement inguine, une convalescence de quatre à six semaines était suffisante avant de reprendre le travail en particulier dans une activité légère.

12. Dans un rapport médical du 14 novembre 2003, le docteur M_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un trouble somatoforme depuis 1996. L'incapacité s'élevait à 25 % depuis le 14 novembre 2003 et l'état de santé s'améliorait. L'incapacité de travail était due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles plus qu'à une affection physique ou mentale.
13. Dans un courrier du 24 février 2004 à l'OAI, la Dresse L_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites ; un « PSH » droit : tendinite des sus et sous-épineux sous diagnostic du docteur N_____, orthopédiste ; une hernie ombilicale avec suivi en chirurgie digestive aux Hôpitaux universitaires genevois du 15 mai 2003 à septembre 2003, opération le 9 septembre 2003 ; une pathologie hémorroïdaire nécessitant probablement une intervention chirurgicale. Le patient qui présentait un état dépressif répondant bien au nefadar (antidépresseur) s'était déstabilisé en présentant des idées de persécution et suicidaires avec augmentation de l'angoisse quand ses douleurs avaient motivé une IRM le 20 mai 2003. Il était actuellement en traitement chez le Dr M_____, psychiatre et sous antidépresseurs.
14. Dans un avis du 8 mars 2004 du SMR Léman, le Dr K_____ a relevé que le Dr M_____ retenait une incapacité de travail de 25 % et que le traitement antidépresseur préconisé faisait déjà un effet positif après un mois de traitement. L'IRM de la colonne lombaire du 20 mai 2003 ne montrait ni hernie discale ni protrusion. Il était signalé un discret rétrécissement du canal spinal lombaire mais rien de particulier par rapport à l'âge. La radiographie de la colonne lombaire du 2 mai 2003 ne montrait qu'une ostéophytose C5 et C6 sans atteinte des trous de conjugaison. A l'épaule droite il n'y avait rien à signaler. Il y avait eu une opération d'une hernie ombilicale le 9 septembre 2003 dont la convalescence s'élevait habituellement à six semaines au plus. En conclusion, les derniers examens

radiologiques ne montraient rien d'important au niveau du rachis et de l'épaule droite ; l'opération de la hernie n'entraînait qu'une incapacité de courte durée et le trouble psychique, réactionnel à la décision négative de l'assurance-invalidité, répondait bien au traitement dès le moment où l'assuré acceptait de le prendre.

15. Par décision du 17 mars 2004, l'OAI a rejeté l'opposition du 28 mai 2003 et confirmé sa décision du 29 avril 2003 de refus de prestations. L'OAI a rappelé que le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assuré n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique importante ; en effet, selon les experts du COMAI, l'état dépressif était stabilisé grâce à une médication adéquate. En outre, en novembre 2003, soit après la décision, le Dr M_____ posait comme seul diagnostic un trouble somatoforme douloureux et ne faisait aucune allusion à un quelconque état dépressif. Les experts du COMAI avaient en outre été frappés par la discordance entre les éléments objectifs ne pouvant expliquer que très partiellement les plaintes de l'assuré et la sévérité invalidante de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, à la lecture de l'anamnèse, on notait que l'assuré avait un appétit parfaitement conservé, qu'il s'occupait lui-même de son ménage, des commissions, de la lessive et des repas, qu'il allait de temps à autre à la piscine et qu'il conservait une bonne intégration sociale, puisqu'il avait plusieurs amis portugais qu'il rencontrait fréquemment, qu'il invitait régulièrement le week-end et qui le soutenait beaucoup moralement. L'assuré était très entouré, tant par son neveu que par un couple d'amis dont il se sentait très proche. Au vu de ces éléments, il y avait lieu de constater que l'atteinte psychique, qui était essentiellement imputable à des difficultés psychosociales, ne revêtait pas en l'occurrence une intensité suffisante pour être considérée comme invalidante au sens de loi sur l'assurance-invalidité. Des précisions apportées par le Dr M_____ en date du 14 novembre 2003, ne faisaient que corroborer cet état de fait. Enfin, les renseignements fournis par la Dresse L_____ ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
16. Par courrier du 19 avril 2004, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) contre cette décision sur opposition, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a expliqué qu'en 1996, alors qu'il était à l'assurance-chômage, il avait entrepris une formation de chauffeur de taxi qu'il avait réussie. Cependant, ses répondants à l'office cantonal de l'emploi l'avaient découragé en lui expliquant qu'il ne pourrait pas porter les valises de ses clients. Il avait alors déposé une première demande d'assurance-invalidité le 19 août 1997, visant à un reclassement. L'OAI avait cependant estimé, en dépit des conclusions de l'expertise à laquelle il avait été soumise qui lui reconnaissait une capacité de 50 % dans une activité adaptée, que son trouble somatoforme douloureux n'avait pas valeur d'invalidité et avait effectué une comparaison des revenus en tenant compte d'une activité possible à 100 %. Il était par ailleurs régulièrement suivi par des médecins qui tous certifiaient qu'il ne pouvait plus reprendre son activité initiale de maçon et que toute autre activité adaptée à ses

besoins ne pourraient être exercée qu'à 50 %. Seul le Dr M_____ mentionnait que d'un point de vue purement psychique et ce après un mois d'observation, son incapacité de travail s'élevait à 25 %. Cependant, cet avis n'avait pas valeur d'expertise. Le recourant s'est ainsi référé à l'expertise du COMAI et a conclu à une incapacité de travail de 50%. Sur la base de la comparaison des revenus avant et après invalidité, son degré d'invalidité s'élevait à 69,9%, ce qui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité.

17. Dans un préavis du 18 mai 2004, l'OAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à ses décisions litigieuses ainsi qu'aux pièces du dossier.
18. Par arrêt du 15 novembre 2004, le TCAS a partiellement admis le recours, annulé la décision litigieuse en tant qu'elle refusait toute mesure de reclassement et renvoyé le dossier à l'intimé afin qu'il détermine la mesure de reclassement la plus adaptée au recourant. Il a considéré que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant et que le taux d'invalidité du recourant était de 34%, fondé sur une capacité de travail de 100%, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente mais avait droit à une mesure d'ordre professionnel.
19. Par arrêt du 13 mars 2006 (I 16/05), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré et dit que, sous réserve du cas pénible, celui-ci avait droit à un quart de rente d'invalidité, en constatant que l'expertise du COMAI retenait, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail limitée à 70% dans une activité adaptée, de sorte que le taux d'invalidité était de 49%.
20. Le 2 novembre 2007, l'assuré a requis de l'OAI qu'une décision soit rendue.
21. Par projet d'acceptation de rente du 4 décembre 2007, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1999.
22. Le 11 janvier 2008, l'assuré a demandé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour cas pénible.
23. Par décision du 8 avril 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1999.
24. Le 27 mai 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 avril 2008 en requérant l'octroi d'une rente pour cas pénible.
25. Par décision du 1^{er} octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente ordinaire d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1999.
26. Par arrêt du 13 octobre 2008, le TCAS a pris acte du retrait du recours.
27. Le 13 juillet 2010, l'OAI a ouvert une procédure de révision.

28. Le 17 juillet 2010, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé et qu'il ne travaillait pas.
29. Le 10 septembre 2010, le docteur O_____ a rempli un rapport médical AI en indiquant un suivi depuis le 8 février 2008 et un diagnostic de cervicalgies chroniques, arthroses cervico-dorso-lombaires, spondylose modérée de la colonne dorsale (maladie de Forestier), discopathies lombaires, canal lombaire étroit en L3-L4, blocages lombaires répétition, coxarthroses bilatérale (plus à gauche), gastrite à helicobacterspylories, troubles anxieux, trouble dépressif et cure d'une hernie ombilicale (09.09.2003).

L'incapacité de travail était totale et l'état de santé s'était aggravé. Il a transmis un rapport radiologique de la colonne cervicale et dorsale du 5 juillet 2006 concluant à « une spondylose de plusieurs segments avec des calcifications dischoïdes pré-vertébrales posant la question de la présence d'une maladie de Forestier. A noter que le diabète sucré était associé à cette particularité de la colonne. Par ailleurs, rectitude relative de la colonne cervicale. La densité osseuse était dans les limites normales, sans mise en évidence de lésions osseuses focales. Pas de côtes cervicales. Pas de rétrécissement osseux des foramens intervertébraux. Spondylose modérée de la colonne dorsale moyenne et basse. Calcification dischoïde para-vertébrale. Pas de lésion osseuse manifeste visible sur ces clichés. ».

Il a aussi transmis un rapport radiologique du 30 novembre 2006 du bassin concluant à une coxarthrose débutante bilatérale et du poignet droit du 2 octobre 2013 concluant à un signe d'arthrose modérée de l'articulation du poignet.

30. Le 1^{er} décembre 2004, le docteur P_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic de myringite bilatérale, dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire et polype naso-sinusienne.
31. Un rapport de contrôle du 6 juillet 2010 de l'OAI relève que l'assuré pose des plots au _____ Q_____, pour l'entreprise A_____, jardinier-paysagiste.
32. Le 29 septembre 2011, l'OAI a ordonné une expertise rhumatologique auprès du docteur R_____, FMH rhumatologie et médecine interne, afin d'évaluer si l'assuré subissait une aggravation de son état de santé et, en tenant compte du rapport du 6 juillet 2010, où l'assuré avait été contrôlé comme travaillant dans une activité de pose de plots de dix-huit kilos, afin de déterminer si cette activité était exigible.
33. Le 12 janvier 2012, le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait de cervico-dorso-lombalgies aggravées, avec des douleurs permanentes, des douleurs articulaires périphériques diffuses aux épaules, chevilles, pieds, poignets, mains et coudes, de fatigue permanente de la nuque, de brûlures dans tout le dos ainsi que de douleurs ubiquitaires.

L'assuré déclarait ne réaliser aucune activité manuelle, hormis son ménage. Il a pris en compte des radiographies complémentaires de la nuque et de la colonne lombaire du 10 janvier 2012. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie selon critères ACR, status après cures d'hémorroïdes et de hernie ombilicale, status après cure de kystes aux poignets et ostéophytose des cotyles sans amincissement des interlignes coxo-fémoraux actuellement asymptomatique et, sans répercussion sur la capacité de travail de rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques spécifiques, légère spondylose avec ostéophytose cervico-dorso-lombaire et syndrome d'amplification des symptômes.

L'assuré manifestait à l'examen clinique de nombreux signes d'amplification des symptômes ; la mobilité rachidienne était globalement normale ; le bilan radiologique confirmait celui réalisé en 2002 puis en 2006 (troubles dégénératifs débutants compatibles avec l'âge de l'assuré). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes, compte tenu des troubles dégénératifs rachidiens : pas de port de charges de plus de quinze kilos, pas d'activité au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs ni lors de mouvements de flexion-extension de la nuque et nécessité d'alterner les positions assise et debout chaque trente minutes.

La capacité de travail était nulle comme maçon et entière dans une activité adaptée ; l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis l'expertise du COMAI de 2001 avec la disparition de l'épicondylite ; l'activité contrôlée en 2010 n'était pas adaptée mais démontrait que l'assuré avait une capacité de travail significative.

34. Le 13 juin 2012, la doctoresse S_____ du SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
35. Le 20 février 2013, le Professeur T_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, fondé sur trois entretiens avec l'assuré les 9, 14 et 28 août 2012.

L'assuré se plaignait de douleurs du rachis, trouble de la concentration, d'insomnies, d'angoisse, de tristesse, d'irritabilité et de fatigue ; il buvait beaucoup d'alcool depuis 1970 ; sa consommation avait augmenté dès 2003-2004 et chuté depuis trois ans.

Selon les tests sanguins, il existait une dépendance éthylique, utilisation essentiellement épisodique. L'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépendance éthylique, utilisation ponctuelle, type dipsomaniaque (F10.26) et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission (F33.4), de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4), il n'existait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, pas de perte d'intégration sociale, pas

d'échec des traitements, pas d'état psychique cristallisé. Il n'y avait pas d'exagération consciente des plaintes.

Le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant.

Il présentait des limitations dues à la fatigabilité en lien avec les abus éthyliques ; il s'agissait d'une dépendance éthylique primaire. La capacité de travail était totale. Une amélioration de la capacité de travail était envisageable en diminuant le déconditionnement de l'assuré et en mettant en place un sevrage éthylique ; une psychothérapie était exigible.

36. Le 14 mars 2013, le docteur U_____ du SMR a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis la date de l'expertise du Dr T_____.
37. Le 8 octobre 2013, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 32,3% (revenu annuel sans invalidité de CHF 78'325.- et revenu annuel avec invalidité de CHF 53'011.- fondé sur l'ESS 2010, indexé en 2012, TA1, homme, niveau 4, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures, à 100%, avec une déduction de 15% en raison de l'âge de l'assuré – 61 ans – et de l'activité légère seule possible.
38. Par projet de décision du 14 octobre 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité du recourant au motif que son degré d'invalidité était de 32%.
39. Par décision du 29 novembre 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.
40. Le 29 novembre 2013, l'assuré, représenté par la CAP protection juridique SA (ci-après : CAP), a fait des observations à l'OAI.

Le Dr R_____ n'avait pas examiné l'influence des limitations sur sa capacité résiduelle de travail mais s'était contenté de fonder sa conclusion sur des photographies de 2010 qui le montraient au travail, ce qui était insuffisant et non probant. Il convenait d'interpeller l'expert afin qu'il précise son rapport.

S'agissant de la déduction sur le revenu d'invalidité, il convenait de l'augmenter à 25%, compte tenu de son âge, de son absence prolongée du marché du travail et de la nature de ses limitations fonctionnelles, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente d'invalidité.

Par ailleurs, il n'avait reçu qu'une formation de maçon et ses importantes limitations fonctionnelles rendaient nécessaire une reconversion professionnelle qu'il ne pouvait assurer par manque de faculté d'adaptation ; il n'était donc, à 61 ans, plus en mesure de retrouver un emploi. Enfin, il n'avait jamais pu se prononcer sur les pièces de l'enquête menée par le CPPJ.

Il a conclu au maintien de sa rente d'invalidité.

41. Par décision du 20 décembre 2013, l'OAI a annulé sa décision du 29 novembre 2013 afin de réexaminer le dossier.
42. Le 13 février 2014, le Dr U_____ du SMR a estimé que le Dr R_____ avait bien expliqué que l'assuré ne présentait pas de signe objectif de sévérité en rapport avec ses plaintes (nombreux signes d'amplification des symptômes) et maintenu ses précédentes conclusions.
43. Par décision du 28 février 2014, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.
44. Le 2 avril 2014, l'assuré, représenté par la CAP, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 février 2014 de l'OAI, en concluant à son annulation et à la reconnaissance d'un droit à une demi-rente d'invalidité.

L'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de son âge ; il n'était plus en mesure de retrouver un emploi adapté ; la déduction sur le revenu d'invalidité devait être portée à 25% ; l'expertise du Dr R_____ n'était pas probante, en particulier relativement à l'appréciation de la baisse de rendement, laquelle avait été écartée au vu des photographies prises par la CPPJ (Commission paritaire des parcs et jardins de Genève).

45. Le 10 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'âge du recourant, il fallait examiner l'exigibilité d'un emploi au jour de l'expertise du Dr R_____, le 12 janvier 2012, moment où le recourant avait 60 ans et six mois. Or, le Tribunal fédéral considère que cet âge n'était pas un âge avancé ; de plus, l'assuré présentait la capacité de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans un poste adapté ; il avait d'ailleurs été engagé en 2010.

46. Le 8 août 2014, l'assuré a renoncé à répliquer.
47. Le 8 septembre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « J'ai arrêté de travailler en 1996 et je n'ai plus jamais retravaillé depuis. J'ai des douleurs aux lombaires, ainsi qu'une sciatique qui survient par crises. Je prends assez régulièrement du Brufen 600, du Dafalgan 1gr et de l'Irfen. J'ai aussi des médicaments pour traiter mon diabète. J'ai des phases où je me sens mieux et d'autres moins bien. J'ai alors des douleurs aux cervicales, aux lombaires, bien que celles-ci soient chroniques, et également des problèmes aux articulations. J'ai de l'arthrose aux deux poignets et également des douleurs dans le bras droit. Je suis suivi par le Dr O_____ que je vois à peu près chaque mois.

Je me suis acheté un chien en 2007 et je faisais beaucoup de promenades avec lui, mais maintenant je l'ai emmené au Portugal, car depuis 2012-2013, j'ai eu une

période où je n'arrivais plus à sortir. Je m'occupe seul de mon ménage, mais certains jours, je n'arrive rien à faire à cause du dos.

M. V_____ A_____ est mon neveu. Vous m'indiquez que j'ai été contrôlé alors que je travaillais pour son entreprise. En réalité, mon neveu est passé un matin chez moi vers 10h30 pour me demander de venir le conseiller car il devait construire un muret pour une villa. J'ai été pris en photo lors du contrôle et mon neveu a été amendé car je n'étais pas un employé déclaré. Je n'ai pas soulevé de plot, j'ai seulement tenu un plot qui était sur le mur et je lui ai donné un petit coup de masse. Vous me montrez les photos du dossier. Je précise que mon neveu était juste derrière même si on ne le voit pas. J'ai mis le plot en position, lequel était déjà posé sur le muret. Chaque plot pesait de 8 à 10 kilos et non pas 18 kilos, peut-être 12 kilos au maximum. Ce travail n'était pas programmé puisque mon neveu est passé chez moi le matin même. C'était la seule fois où j'ai travaillé avec lui. Même mon neveu ne voudrait pas que je vienne travailler. Par contre, je l'ai aidé parfois dans son jardin (ramasser des tomates, arroser). Ca m'aide beaucoup de bouger un peu.

A l'époque, j'ai cherché du travail, mais je n'ai rien trouvé. J'ai proposé mon aide dans une entreprise à Carouge deux ou trois heures par jour, mais le patron a refusé. J'ai également suivi un cours pour être chauffeur de taxi, mais comme je ne pouvais pas porter de valises, je n'ai pas pu aller de l'avant.

Je suis resté environ deux heures avec le Dr W_____ pour l'expertise. Lors de l'expertise auprès du Dr T_____, celui-ci m'a recommandé un suivi auprès d'un autre psychiatre, dont je ne me rappelle plus du nom.

J'aimerais faire une activité telle que coursier, mais cela est problématique car certains jours, je ne pourrais pas aller travailler en raison des douleurs lombaires et cervicales. Il y a donc un problème de responsabilité. Par ailleurs, j'indique que je suis quelqu'un de très actif, qui sors tout le temps. Je n'ai pas concrètement cherché un travail car je n'y connais rien et je ne sais pas à qui m'adresser.

Je suis aidé par le SPC. Avant, c'était l'assistante sociale. Je serais d'accord d'assumer un emploi qui soit compatible avec mon état, même si j'ai des problèmes à dire que je suis assez solide pour faire tel ou tel travail. ».

48. A la demande de la chambre de céans, le Dr R_____ a donné des renseignements complémentaires le 12 septembre 2014.

Il a indiqué que lors de l'examen de l'assuré en 2012, celui-ci n'avait pas d'épicondylite, de sorte que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles il n'y avait pas de justification à ce que la capacité de travail soit diminuée ;

S'agissant de la baisse de rendement de 30% calculée par la PMU, il semblait qu'elle n'était pas imputable à l'épicondylite, même si le rapport de la PMU avait

procédé à une sorte d'amalgame entre des considérations somatiques et psychiatriques. L'intensité de la douleur était subjective et ne devait en principe pas être prise en compte dans la détermination objective de la capacité de travail lors d'une expertise rhumatologique ; l'assuré, en 2012, n'avait pas de traitement régulier pour la douleur de sorte que celle-ci était manifestement supportable. Il confirmait une capacité de travail de 70% comme l'avait fait la PMU, en présence d'une épicondylite ; il n'était par ailleurs pas déterminant dans la fixation du taux de capacité de travail que l'assuré ait été contrôlé sur un chantier en 2010.

49. Le 3 octobre 2014, le Dr U_____ du SMR a estimé qu'il convenait de s'en tenir aux conclusions du Dr R_____.
50. Le 6 octobre 2014, l'OAI a maintenu ses conclusions.

EN DROIT

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

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression par l'OAI de la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur la question d'une amélioration de son état de santé depuis la décision initiale de rente.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

6. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C 583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48 al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

7. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPG. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une

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

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

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

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

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger

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

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

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

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

c) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités).

8. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

c) A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

d) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF [125 V 351](#) consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié [9C 369/2008](#) du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner

lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

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

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

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

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

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

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

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui

dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée ([ATF 126 V 75](#) consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

On précisera par ailleurs qu'une déduction sur le montant du salaire d'invalidé résultant des statistiques en raison d'empêchements propres à l'assuré ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative ([ATF 126 V 75](#) consid. 5b/aa-cc p. 79, ATF du 6 février 2013 9C 861/2012).

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

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

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

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

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

12. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2).

13. a) Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision du droit à la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée; autrement dit, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêts 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [et les arrêts cités] in SVR 2011 IV Nr. 30 p. 88).

b) Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de

mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable.

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 in SVR 2011 IV Nr. 30 p. 88).

c) Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (ATF du 3 septembre 2013 9C 152/2013).

d) Le Tribunal fédéral a considéré, dans l'arrêt publié aux ATF 138 V 457 (consid. 3.3 p. 462), que la question de la mise en valeur de la capacité de travail, en cas d'âge avancé s'examinait au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle est constatée (ATF du 4 septembre 2013 9C 88/2013).

14. a) En l'espèce, le recourant a été soumis le 8 octobre 2002 à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès de la PMU de Lausanne. Les conclusions rhumatologiques relèvent ce qui suit : « l'assuré présente des lombalgies chroniques, prédominant au niveau cervical et lombaire, avec sciatalgies droites intermittentes, ainsi que des douleurs chroniques de l'épaule droite avec brachialgies, évoluant depuis plusieurs années. L'examen clinique est marqué par une limitation fonctionnelle algique du rachis cervical et lombaire ainsi que de l'épaule droite. Il n'existe pas de signes irritatifs ou déficitaires aux MS ou MI. On relève toutefois des signes de non organicité selon Waddell, témoignant clairement d'une surcharge fonctionnelle. Quant au bilan radiologique, il révèle un discret trouble de la statique cervicale ainsi que des troubles dégénératifs modérés, tant au niveau cervical que lombaire. Cette symptomatologie douloureuse de l'appareil locomoteur, prédominant au niveau du rachis, ne peut entièrement être expliquée par les constatations. L'assuré semble avant tout limité par le vécu douloureux. Ce tableau évoque donc en premier lieu un trouble somatoforme douloureux. Du point de vue thérapeutique, il n'existe actuellement aucun traitement curatif de ce syndrome. Outre la poursuite du traitement antalgique et antidépresseur, la poursuite d'une activité physique régulière devrait être encouragée, afin d'éviter un déconditionnement physique complet. L'examen clinique met toutefois en évidence une probable épicondylite droite. L'assuré pourrait bénéficier d'un traitement de physiothérapie locale, sous forme de massages transverses profonds et d'ultrasons, avec éventuellement port d'une attelle. En cas de persistance des symptômes, une infiltration locale serait indiquée. D'un point de vue rhumatologique pur, en tenant compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, la capacité de travail de l'assuré peut être évaluée à 70%, dans une activité adaptée, en évitant les positions statiques prolongées, le port de charges, ainsi que toute activité impliquant des mouvements répétés d'extension de la nuque ou des mouvements répétitifs des MS. ».

A la suite de cette expertise, le Tribunal fédéral a alloué au recourant un quart de rente d'invalidité, en considérant que si le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant tel n'était pas le cas de l'épicondylite droite, attestée par le rapport de la PMU.

b) Dans le cadre d'une procédure de révision subséquente, le Dr R_____ a rendu le 12 janvier 2012 un rapport d'expertise, lequel conclut à une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée. Il a relevé que l'état de santé de ce dernier s'était amélioré par la disparition de l'épicondylite droite et que persistaient des rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques aspécifiques. Il a complété son rapport, à la demande de la chambre de céans, le 12 septembre 2014. Cette expertise, fondée sur un examen du recourant, comprenant une anamnèse complète, les plaintes du recourant, le status clinique, des examens radiologiques complémentaires et une appréciation du cas claire, répond aux réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante ; en

particulier, l'expert a concrètement expliqué que l'état de santé du recourant s'était amélioré par la disparition de l'épicondylite, ce qui n'est pas contesté par ce dernier.

c) Celui-ci conteste cependant la valeur probante de l'expertise du Dr R_____. Il estime que l'expert ne s'est pas prononcé de façon claire et précise sur une éventuelle limitation de rendement, ayant omis d'examiner l'influence de nombreuses limitations qualitatives et quantitatives sur sa capacité de travail, de sorte que son appréciation reposait uniquement sur le rapport de contrôle du CPPJ.

A cet égard, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles liées aux éléments pathologiques objectifs, soit les troubles dégénératifs rachidiens, de sorte qu'il a écarté l'exigibilité d'une activité de maçon mais considéré que, dans une activité respectant lesdites limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement. Le 12 mai 2014, il a précisé qu'il n'avait pas tenu compte du rapport de contrôle de 2010, mais s'était uniquement basé sur des éléments objectifs ; or, le recourant n'explique pas en quoi les constatations et conclusions de l'expert quant à une capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée ne correspondraient pas à son état de santé ; le recourant se borne d'ailleurs à invoquer les nombreuses limitations qualitatives et quantitatives qu'il subit, sans autre précision et, en particulier, n'a pas contesté la disparition de l'épicondylite droite.

d) Il convient ainsi de suivre les conclusions de l'expertise du Dr R_____ et de constater que l'état de santé du recourant s'est amélioré dans une mesure telle que le recourant était apte, dès l'examen par le Dr R_____, à exercer une activité adaptée à 100%.

e) L'intimé a également ordonné une expertise psychiatrique auprès du Dr T_____, lequel a rendu son rapport le 20 février 2013 concluant à une capacité de travail totale du recourant. Celui-ci n'a pas contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique.

15. a) L'intimé a calculé le taux d'invalidité du recourant en se fondant, d'une part, sur un revenu sans invalidité de CHF 78'325.-, soit le revenu effectivement obtenu en 1997, indexé à 2012 et, d'autre part, sur un revenu d'invalidité de CHF 53'011.-, soit calculé à partir de l'ESS 2010, TA 1, homme, niveau 4, avec un horaire de travail hebdomadaire de 41,7 h, indexé à 2012, avec une déduction de 15% compte tenu de l'âge de l'assuré et d'une activité légère seule possible.

b) Le recourant estime qu'on ne saurait exiger de lui une reconversion professionnelle à 61 ans et 7 mois, soit à 3 ans de l'âge de la retraite, de surcroît compte tenu du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 18 ans ; il considère qu'il n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son handicap.

A cet égard, la jurisprudence a admis que certains assurés âgés n'étaient pas en mesure de valoriser leur capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (supra consid. 12).

En l'occurrence, la situation du recourant est différente des cas jurisprudentiels précités dès lors que celui-ci a disposé, depuis 1998, d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à son état de santé, soit sans positions statiques prolongées, sans port de charges et sans mouvements répétitifs d'extension de la nuque ou de mouvements répétitifs des membres supérieurs (ATF du 13 mars 2006 précité). Le fait qu'il n'ait pas fait usage de cette capacité de travail résiduelle ne saurait être assimilé au cas de l'assuré qui ne peut plus exercer son activité habituelle et doit, à un âge avancé, se soumettre à une reconversion professionnelle requérant des capacités d'adaptation. En définitive, il est exigé du recourant qu'il exerce à 100% l'activité adaptée à son état de santé qu'il était en mesure de débiter en 1998 déjà, à un taux de 70%. La situation du recourant n'est donc pas comparable avec les cas jurisprudentiels précités ; de la même manière, le Tribunal fédéral a estimé que des mesures de réadaptation n'étaient pas nécessaires pour l'assuré qui voit sa rente d'invalidité supprimée mais qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail (cf supra consid. 13. b)).

16. Enfin, le recourant estime qu'un abattement sur le revenu d'invalidité de 25% devrait être opéré au lieu des 15% retenus par l'intimé.

S'agissant des critères pertinents pour évaluer la mesure de l'abattement, le recourant remplit celui de l'âge dès lors qu'il avait, au jour de la décision litigieuse, 61 ans et 8 mois ainsi que celui d'une activité légère seule possible, comme l'a retenu l'intimé. Dans son arrêt du 13 mars 2006, le Tribunal fédéral avait retenu un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité en prenant en compte les limitations liées à « l'âge du recourant ou à la nationalité ».

En l'occurrence, trois critères demeurent pertinents, soit celui de la nationalité et de l'âge admis en 2006 ainsi que celui d'une activité légère seule exigible dès lors que les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas prises en compte dans le taux de capacité de travail, lequel est de 100%. Compte tenu de ces trois critères et en particulier de celui de l'âge avancé du recourant, lequel avait 61 ans et 8 mois au jour de la décision litigieuse de suppression de rente d'invalidité, il convient de constater que l'abattement retenu par l'intimé de 15% est insuffisant et que, dans ces conditions, l'abattement maximum de 25% doit être appliqué. Le cas d'espèce est donc différent de celui jugé par le Tribunal fédéral le 30 septembre 2009 (9C_679/2008), lequel avait confirmé le refus de la juridiction inférieure d'augmenter l'abattement de 15% retenu lors de la dernière décision de rente sur le revenu d'invalidité de l'assuré, alors âgé de 52 ans, au motif que le fait que le recourant soit dorénavant âgé de plus de 55 ans, ne constituait pas un fait nouveau. Or, en l'espèce, la décision de rente a été révisée en considérant que le recourant

était dorénavant capable de travailler à 100% dans un emploi adapté à son état de santé, et non plus à 70%, de sorte qu'il est nécessaire de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité, lequel doit prendre en compte les circonstances actuelles du cas d'espèce, dont l'âge avancé du recourant fait partie.

17. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il convient donc de se référer, comme l'a fait l'intimé, à l'année 2012.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 4'901.- par mois ou CHF 58'812.- par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, Tableau TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2012, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à CHF 61'312.- par année, soit CHF 62'366.- en 2012. Comme il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 25 %, il en résulte un revenu d'invalidé de CHF 46'775.-. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 78'325.-, non contesté par le recourant, il en résulte un taux d'invalidité de 40,3%, lequel donne droit à un quart de rente d'invalidité.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 28 février 2014 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 28 février 2014.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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