

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/804/2013

ATAS/1083/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 novembre 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1965 en Turquie, sans formation particulière, a exploité une boucherie de 1991 à 2004, à l'enseigne « BOUCHERIE X\_\_\_\_\_ Sàrl » à Genève.
2. Le 3 février 2004, l'assuré, alors qu'il portait un agneau de boucherie, a glissé et chuté sur le dos. Il a souffert de lombalgies post-traumatiques, prises en charge par WINTERTHUR ASSURANCES, assureur-accidents.
3. En raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse, un Cat-scan lombaire a été réalisé le 4 mars 2004 qui a mis en évidence une protrusion discale L4-L5 et une petite hernie discale L5-S1 paramédiane gauche.
4. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 25 juin 2004 visant à l'octroi d'une rente.
5. Dans un rapport médical du 5 janvier 2005 à l'attention de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué, outre une lombosciatalgie et lombalgie invalidante suite à une chute en février 2004, un état anxio-dépressif avec céphalées et insomnie. L'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité depuis le 2 mars 2004.
6. La Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport en date du 20 juin 2005, aux termes duquel elle a diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), depuis novembre 2003, date de sa première consultation, actuellement en rémission sous traitement antidépresseur et neuroleptique. Cet état, apparu en 2003, n'a pas été traité pendant presque un an par son généraliste. L'évolution clinique est lentement favorable, mais le patient n'a pas été en mesure de reprendre le travail. Depuis début 2005, la capacité de travail était totale.
7. L'assuré a été soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique par le Service médical régional AI (SMR). Dans leur rapport du 2 novembre 2006, les Drs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale L5-S1 gauche et, sur le plan psychiatrique, un trouble schizo-affectif, type dépressif, F25.1. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 50 % depuis le 4 mars 2004 dans l'activité de boucher, et de 100 % dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, contrairement à l'avis de la psychiatre traitant, le DrF\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle, dans toute activité, depuis juillet 2003.

8. Par décision du 11 octobre 2007, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005.
9. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 26 décembre 2009, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'il travaillait comme « polyvalent ». Selon le contrat de travail annexé, il a été engagé par l'entreprise Y\_\_\_\_\_ SA à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2008 comme polyvalent, à raison de 10 heures par semaine, pour un salaire brut de 680 fr. Son activité consiste à faire les paiements, retirer l'argent des machines de jeu, de surveiller, ainsi que de petites tâches administratives.
10. La Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 5 mars 2009 que l'état de santé du patient était stationnaire, qu'il souffrait d'un trouble dépressif avec caractéristique psychotique depuis plusieurs années et qu'il n'y avait pas d'évolution favorable. La capacité de travail était de 50 % sur le plan psychiatrique.
11. Le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté le 23 février 2009 que l'état de santé était resté stationnaire depuis janvier 2005, que la capacité de travail était identique à celle mentionnée dans son rapport de 2005 et que le patient travaillait à 30 % depuis le mois de septembre 2008.
12. Interpellée par l'OAI afin de savoir si l'assuré pouvait exercer une activité de boucher, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 17 septembre 2009 que malgré le traitement il arrive au patient de présenter des idées délirantes, sans hallucination. Par prudence, il ne lui paraissait pas adéquat qu'il ait une activité en lien avec des outils dangereux.
13. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 15 février 2010, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles schizo-affectifs, type dépressif, actuellement en rémission, F25.1, présents depuis 2003. Sur le plan clinique, la thymie est en partie abaissée avec un manque d'énergie vitale et un discret ralentissement psychomoteur, sans autres éléments florides de la lignée dépressive. Il persiste chez l'assuré une idée délirante à thématique d'un mauvais esprit susceptible de lui vouloir du mal. Sous neuroleptique à petite dose, selon l'assuré, les hallucinations auditives et les cénesthésies ont disparu. Les taux sériques d'antidépresseur et de neuroleptique traduisent une bonne compliance. L'assuré peut fonctionner dans son quotidien, s'occuper ponctuellement de ses deux enfants et avoir des contacts sociaux. Depuis neuf mois, il a repris une activité, selon ses dires, à 30 % dans le restaurant d'un cousin éloigné. A ce jour, théoriquement, la capacité de travail est de 50 % dans une activité simple, l'activité exercée jusqu'ici étant encore exigible. Toutefois, au vu des troubles schizo-affectifs, il conviendrait dans un premier temps d'évaluer les capacités professionnelles de l'assuré dans un atelier de l'AI et, en fonction des

résultats, des mesures d'aide au placement pourraient ensuite être envisagées. L'assuré paraît capable de s'adapter à un environnement professionnel pour autant qu'il ne soit pas trop stressant et exigeant en rendement.

14. Par courrier du 26 mai 2010, Y \_\_\_\_\_ SA a informé l'OAI que l'assuré n'a pas été engagé par contrat, qu'il était passé quelques heures par semaine pour surveiller l'établissement, qu'il n'a perçu aucun salaire et a seulement été servi gratuitement en nourriture et boisson. L'établissement a été donné en gérance libre à une autre personne le 1<sup>er</sup> février 2010 et l'assuré n'est plus revenu.
15. Lors de l'entretien avec le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI du 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'assuré a indiqué qu'il était toujours sous médication sans laquelle il ne peut fonctionner. Il garde des angoisses et des peurs, parfois des fourmillements et un sentiment d'étrangeté. Concernant la reprise de travail à 30 % dans un kebab, l'assuré voyait cette opportunité comme une chance de réinsertion, car c'était l'établissement d'un cousin éloigné. Après un mois, il a vu qu'il n'arrivait pas à tenir le coup en raison de ses douleurs de dos, la fatigabilité était rapide et il devenait peu serviable. Il a continué à venir ponctuellement pour surveiller et accueillir la clientèle, recevant gratuitement le repas et les boissons. La collaboratrice du service de réadaptation a préconisé une mesure d'instruction de trois mois chez PRO/EPI à mi-temps, pour déterminer la cible la plus adéquate et suivre un réentraînement au travail.

Lors d'un deuxième entretien du 28 février 2011, l'assuré a indiqué qu'il ne souhaitait plus être confronté au stress de la vente ou de la restauration. Il avait pris contact avec un conseiller de l'OFPC et avait des idées de métier. Après discussion avec l'assuré, un reclassement comme employé d'économat ou d'auxiliaire administratif a été retenu. L'idée était de lui donner une formation simple d'employé administratif de façon à ce qu'un stage pratique puisse compléter l'acquisition de ses connaissances. En raison des appréhensions et fortes peurs de l'assuré, la solution de l'encadrement avant la pratique est apparue la plus judicieuse.

16. Par communication du 21 mars 2011, un reclassement professionnel a été octroyé à l'assuré du 14 mars 2011 au 1<sup>er</sup> juillet 2011, sous forme de cours d'informatique, de dactylographie et de français écrit à l'école SIGHT AND SOUND FORMATION SA, à mi-temps. L'assuré a notamment suivi une formation en informatique de 66 heures du 14 avril 2011 au 30 juin 2011.
17. Selon une note de travail du 29 août 2011, l'assuré a relativement bien tenu le rythme général. Il convenait de poursuivre l'entraînement au travail à mi-temps et au reclassement en dispensant une formation administrative de base avec des cours de gestion et de stocks. D'ici quelques mois, des stages en lien avec les connaissances acquises seront progressivement mis en place.

18. Le 8 novembre 2011, la poursuite du reclassement professionnel comme huissier, employé d'économat, auprès de l'institut SIGHT AND SOUND FORMATION SA a été accordée à l'assuré, pour la période du 14 novembre 2011 au 1<sup>er</sup> juillet 2012. L'assuré a perçu des indemnités journalières durant la période précitée.
19. Lors d'un entretien téléphonique du 8 mars 2012 entre le service de réadaptation et le responsable éducatif, il est relevé que les enseignants ont noté de la lenteur dans l'acquisition des connaissances, parfois des difficultés de concentration face aux données numériques et un manque d'autonomie.
20. Dans un rapport médical intermédiaire du 14 septembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis 2009, que le patient bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique et que le pronostic était réservé. La résistance physique et psychique diminuée ne lui permettrait pas une reprise professionnelle dans tout métier. Le patient pourrait tout au plus exercer une activité occupationnelle.
21. La Dresse D\_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport du 25 septembre 2012 que l'état de santé du patient était resté stationnaire, qu'il était cliniquement stable sous traitement antidépresseur et neuroleptique. Il n'y a pas de changement dans le diagnostic, soit un trouble dépressif récurrent moyen avec caractéristiques psychotiques légères. Sous la rubrique pronostic, elle a mentionné : stabilité hors environnement stressant. L'incapacité de travail est totale dans l'activité de boucher. Dans une activité adaptée, sans stress ni responsabilité, la capacité de travail est de 50 %.
22. Le 5 octobre 2012, le Service de réadaptation professionnelle a considéré que l'assuré pouvait rechercher un poste de travail à 50 % comme employé d'économat, gestionnaire de commandes dans une alimentation ou gestionnaire des achats dans une petite structure de restauration, sa santé psychique s'étant maintenue positivement. Après comparaison des gains et compte tenu d'un abattement de 10 % sur le salaire mensuel selon l'ESS, le degré d'invalidité retenu était ainsi de 37 %.
23. La 29 octobre 2012, PRO INFIRMIS a sollicité une mesure d'aide au placement en faveur de l'assuré.
24. Le projet de suppression de rente notifié à l'assuré le 6 décembre 2012 a été contesté, aussi bien par l'assuré que par le Dr C\_\_\_\_\_. Le praticien a informé l'OAI qu'il allait rendre un rapport.
25. Par décision du 1<sup>er</sup> février 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, motif pris que selon le SMR son état de santé s'était amélioré de manière significative depuis la décision initiale, que la capacité de travail raisonnablement exigible est de

30 % depuis avril 2009 avec augmentation progressive à 50 %, de sorte que le degré d'invalidité est de 37 %. L'assuré était pleinement réadapté et d'autres mesures professionnelles n'étaient plus indiquées. L'effet suspensif a été retiré.

26. Le 5 février 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ informe l'OAI qu'il ne partage pas son avis quant à une capacité de travail de 50 %, qui n'est que purement théorique. Autant le diagnostic psychiatrique et les effets secondaires des médicaments nécessaires au traitement des troubles psychiques, que les limitations fonctionnelles dues à la pathologie de la colonne vertébrale lombaire l'amènent à dire que dans la pratique, le patient ne pourra pas atteindre le taux de 50 %, que ce soit en termes de durée de travail ou de rendement. Le patient avait compris l'intérêt des cours proposés par l'AI comme une ouverture sur le monde du travail et a donné tout le concours dont il était capable. Il n'a pas du tout intégré la décision, car il pensait que sa rente aurait diminué de 50 %. La décision va très probablement affecter l'équilibre psychique fragile obtenu après cette longue prise en charge. Il a proposé à son patient de s'entourer d'un conseil afin de pouvoir défendre ses droits.
27. L'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours en date du 4 mars 2013. Il conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, sur le fond, à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente entière. Préalablement, il relève que dans le cadre de la révision, ses atteintes rhumatologiques et leurs répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas fait l'objet d'une analyse médicale. Quant à la reprise de travail à 30 %, l'intimé n'a pas pris en compte que l'activité s'est étendue sur une période très limitée et qu'il a dû y renoncer un mois plus tard en raison de l'exacerbation des douleurs et d'une importante fatigabilité. Il soutient que si une activité serait théoriquement exigible à raison de 4 heures par jour pour autant que l'environnement professionnel se soit pas stressant ni exigeant en terme de rendement, il s'agit de tenir compte d'une diminution de rendement vu l'importance du traitement psycho-pharmaceutique. De plus, selon le médecin traitant, seule une activité occupationnelle conviendrait à son état de santé. Le recourant conteste en outre être suffisamment réadapté à l'issue des mesures professionnelles, rappelle que le projet de reclassement initial était de lui accorder une formation de courte durée visant la maîtrise des outils de gestion avant la mise en place de stages en entreprises, ce qui n'a pas été fait. Ces mesures d'observation professionnelle avaient d'ailleurs été préconisées par l'expert psychiatre. Le recourant conteste aussi le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, relevant que quoi qu'il en soit, son degré d'invalidité devrait être à tout le moins de 50 %.
28. Par écriture du 21 mars 2013, l'OAI s'oppose au rétablissement de l'effet suspensif.
29. Par arrêt incident du 26 mars 2013, la Cour de céans a rejeté la demande de rétablissement de l'effet suspensif.

30. Dans sa réponse du 4 avril 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que l'état de santé du recourant du point de vue rhumatologique a été évalué en date du 15 novembre 2006 par le SMR. Sur la base exclusive des constatations rhumatologiques, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% depuis février 2004. En revanche, pour des raisons psychiatriques, sa capacité dans l'activité habituelle était de 0% depuis juillet 2003. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis février 2004 pour des raisons somatiques et de 0% depuis juillet 2003 pour des raisons psychiatriques raison pour laquelle une rente entière d'invalidité lui a été reconnue dès le 2 mars 2005. Lors de la procédure de révision entamée en date du 1<sup>er</sup> décembre 2008, le SMR a estimé, après une analyse approfondie du dossier et des rapports médicaux intermédiaires des médecins traitants, que l'atteinte à la santé concernant les lombosciatalgies ne nécessitait pas une instruction supplémentaire. Sur le plan psychiatrique, une expertise a été mise en place et effectuée par le Dresse G\_\_\_\_\_ en date du 22 janvier 2010. Le 23 février 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du recourant était resté stationnaire depuis janvier 2005 et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Il a mentionné que le recourant travaillait à 30% depuis le mois de septembre 2008 et qu'un examen médical complémentaire ne serait pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail.

Selon l'intimé, en cours d'instruction, à aucun moment le recourant ou ses médecins traitants n'ont avancé une quelconque éventuelle aggravation de son état de santé sur le plan somatique. Selon le dossier, fin juin 2012, l'assuré a achevé ses apprentissages dans les délais afin de pouvoir travailler à mi-temps dans un économat, un back office administratif pour la gestion, les inventaires ou les commandes ou encore la gestion administrative d'une petite restauration. Ces activités de type sédentaire sont tout à fait compatibles à la fois avec la problématique dorsale et la régularité de rythme de travail qu'il y a lieu de respecter chez une personne ayant souffert de difficultés psychiques. Avant de clore définitivement le mandat, les médecins traitants ont été contactés afin de se prononcer sur l'état de santé actuel de l'assuré. Le 14 septembre 2012 le médecin généraliste, le Dr C\_\_\_\_\_, estime que l'état est stationnaire mais que l'incapacité de son patient est totale, la résistance physique et psychique ne lui permettant pas de reprise professionnelle quelle que soit l'activité. Seule une activité occupationnelle conviendrait selon ce médecin.

Selon le rapport de réadaptation, du point de vue physique il n'existe aucune entrave à une activité sédentaire, ce d'autant plus que l'assuré a acquis les outils lui permettant d'accéder à un tel poste. La situation psychique est stationnaire, voire en amélioration et la psychiatre confirme une activité à mi-temps comme envisageable. Un abattement de 10% lié à une activité à temps partiel ou à l'éventuelle lenteur de l'assuré paraît justifié. S'agissant de la diminution de rendement auquel le recourant prétend, il résulte de l'expertise du BREM du 15

février 2010 qu'il n'y a pas de diminution de rendement dans une activité à 50%. Selon l'avis du 1<sup>er</sup> octobre 2012 de la psychiatre traitante un environnement sans stress ni responsabilités constitue une source de stabilité. La capacité de travail dans une activité adaptée respectant ces conditions est exigible à 50%. Un abattement de 10% lié à une activité à temps partiel ou à l'éventuelle lenteur de l'assuré paraît justifié. Selon la psychologue conseillère en réadaptation, l'assuré peut suite aux mesures de reclassement professionnel dont il a bénéficié rechercher un poste de travail à 50% comme employé d'économat, gestionnaire de commandes dans une alimentation ou gestionnaire des achats dans une petite structure de restauration. Une diminution de rendement n'est ainsi pas justifiée. Enfin, un abattement de 20% n'est pas justifié. En effet, l'abattement de 10% a été retenu par le fait que seule une activité à mi-temps après reclassement est exigible et parce qu'il y a une éventuelle lenteur relative au traitement de l'assuré. D'autres mesures professionnelles ne sont pas envisageables parce que le recourant a été déjà été pleinement réadapté. En outre, la dernière activité exercée était dans le domaine administratif pour un café-restaurant. Quant au courrier du Dr C \_\_\_\_\_ du 5 février 2013, produit par le recourant, le SMR considère qu'il n'apporte aucun élément médical susceptible de modifier l'appréciation des faits.

31. Par réplique du 30 avril 2013, le recourant relève que si le Dr C \_\_\_\_\_ n'a certes pas retenu une aggravation de l'état de santé du recourant en 2012, il a bien confirmé le caractère stationnaire de l'état clinique. Dès lors il y a lieu d'inférer l'absence d'amélioration de son état de santé. Dans ce contexte, le Dr C \_\_\_\_\_ a confirmé son pessimisme quant à une éventuelle réinsertion professionnelle et considéré que la capacité de travail de 50% fixée par l'OAI n'était que purement théorique. Selon l'appréciation et les constatations du médecin traitant, le recourant ne serait pas en mesure d'atteindre ce taux, ni en terme de durée de travail ni en terme de rendement. Le recourant sollicite l'audition de ce médecin. Sur le plan psychiatrique, s'il est admis qu'en date du 25 septembre 2012 la Dresse D \_\_\_\_\_ s'est prononcée en faveur d'une reprise possible d'une activité adaptée à hauteur de 50% dans un environnement exempt de stress et sans responsabilités, il est tout aussi incontestable que la fragilité de son état de santé psychique ne lui permet pas d'assurer un 50% sans diminution de rendement. Il rappelle que durant la période de formation auprès de l'école SIGHT AND SOUND il a pu bénéficier de pauses entre chaque cours, lesquels étaient dispensés sur une demi-journée. D'ailleurs le responsable éducatif de SIGHT AND SOUND a observé des difficultés de concentration et de mémorisation ce qui indéniablement constitue un facteur de ralentissement dans l'exécution des tâches. De même, la Dresse G \_\_\_\_\_ relevait également dans son rapport d'expertise une certaine fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, une baisse de la capacité d'adaptation et d'apprentissage, éléments qui devaient être pris en compte dans la détermination du taux d'activité. Aussi, placé dans un contexte strictement professionnel, il est très vraisemblable que ces fragilités se manifestent avec davantage de répercussions

négatives. Pour ce qui est du taux d'abattement supplémentaire, le recourant maintient son argument développé dans le cadre de son recours. Enfin, le mandataire du recourant relève que, tel que redouté par le médecin traitant, la décision de l'OAI a été vécue par le recourant comme une véritable sanction au point de bouleverser la précarité de son équilibre psychique et, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, il est sous le coup d'un arrêt de travail total pour des motifs strictement psychiatriques. L'aggravation de la symptomatologie psychique a nécessité une adaptation du traitement pharmaco-psychologique avec l'augmentation du dosage et l'introduction d'un nouveau médicament. La seule perspective d'une réinsertion professionnelle a provoqué chez le recourant une situation de stress et d'anxiété difficilement maîtrisables. En l'état, l'absence de ressources psychiques ne lui permet pas de se projeter dans l'avenir. L'évaluation de la Dresse D\_\_\_\_\_ paraît aujourd'hui incontournable tant il est vrai que les limitations du point de vue psychique constituent un frein à toute réinsertion professionnelle. Pour le surplus, l'intimé ne saurait soutenir qu'il a été pleinement réadapté. Il n'a bénéficié d'aucun stage pratique, ainsi que l'intimé l'a reconnu, et le fait qu'il ait participé à des activités de type administratif auprès du restaurant Z\_\_\_\_\_ KEBAB ne signifie pas qu'il est pleinement formé dans ce domaine. L'intimé omet de préciser que l'aide déployée au sein de cet établissement ne constituait qu'une tentative de réinsertion professionnelle exercée au demeurant dans un cadre privilégié, à savoir un cadre familial, sans contraintes d'horaire ni attente de résultats. Malgré ces conditions particulièrement favorables, les limitations physiques et psychiques ont contraint le recourant à mettre fin à son activité.

Compte tenu de l'évolution de son état de santé, le recourant prie la Cour de céans de procéder à l'ouverture des enquêtes aux fins d'auditionner la Dresse D\_\_\_\_\_ et le Dr C\_\_\_\_\_.

32. Invité à se déterminer, l'intimé, dans son écriture du 15 mai 2013, relève que les rapports médicaux produits par le recourant ont été soumis au SMR pour appréciation. Dans son avis du 10 mai 2013, ce dernier relève qu'il s'agit d'une décompensation réactionnelle à la décision de l'OAI non susceptible de durer et, d'autre part, que cette décompensation est postérieure à la décision du 1<sup>er</sup> février 2013. Par conséquent les précédentes conclusions demeurent valables. Les actes d'instruction complémentaires tels que sollicités par le recourant ne se justifient pas en l'espèce.
33. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.
34. Le 7 juin 2013, le mandataire du recourant informe la Cour que si la décompensation est postérieure à la décision du 1<sup>er</sup> février 2013, il n'en demeure pas moins qu'elle est survenue dans un contexte antérieur et connu de fragilité psychique. Il rappelle que le psychiatre traitant n'envisageait une réinsertion qu'à hauteur de 50% au maximum dans une activité adaptée et respectant les limitations

psychiques. Cette décompensation, qui trouve son origine dans la perspective d'une reprise d'activité professionnelle, illustre la fragilité de l'équilibre psychique du recourant. Aussi, indépendamment de la persistance ou non de l'incapacité totale de travail, la vulnérabilité de l'état psychique de l'assuré constitue un élément à prendre en compte dans l'appréciation du cas et au vu du caractère fluctuant de son état de santé, le recourant persiste dans l'audition de ses psychiatre et médecin traitants.

35. Cette écriture a été communiquée à l'intimé en date du 10 juin 2013.

36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.

3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité du recourant.

4. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de

l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Il convient de rappeler que c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). On ajoutera également qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrenten-revisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité (cf. art.87 al. 1 RAI).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Afin de déterminer si les conditions d'une révision sont en l'occurrence remplies, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision de rente du 11 octobre 2007 avec celle prévalant au moment de la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> février 2013.

7. a) Lors de l'instruction de la première demande ayant abouti à la décision du 11 octobre 2007, la Dresse D \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), depuis novembre 2003, en rémission sous traitement. L'évolution était lentement favorable sous traitement, avec quelques rares éléments psychotiques (notamment idée délirante de mauvais génies qui pourraient lui faire du mal) et anxieux. Quand bien même elle mentionnait que, malgré l'amélioration psychique, le recourant n'avait pas été en mesure de reprendre le travail, la psychiatre indiquait que la capacité de travail était totale du point de vue psychiatrique depuis début 2005.

A la faveur d'un examen bidisciplinaire effectué le 6 octobre 2006, les médecins du SMR avaient retenu les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale L5-S1 gauche et, sur le plan psychiatrique, de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). Le Dr F \_\_\_\_\_, psychiatre du SMR, avait mis en évidence une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne et la persistance de la symptomatologie délirante et hallucinatoire. Malgré l'amélioration partielle de la symptomatologie dépressive en janvier 2006, les symptômes résiduels et les symptômes psychotiques (présence de la symptomatologie hallucinatoire) étaient à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant une répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le psychiatre du SMR indiquait que compte tenu de la persistance de la symptomatologie psychotique, le pronostic était défavorable. Toutefois, l'ajustement du traitement neuroleptique pourrait influencer favorablement l'évolution. Selon le Dr E \_\_\_\_\_, rhumatologue, la capacité de travail était de 50 % du point de vue somatique dans l'activité habituelle de boucher et de 100 % dans une activité adaptée. Du point de vue psychiatrique, le Dr F \_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité travail de 100 % dans toute activité, depuis juillet 2003, ce contrairement à l'appréciation du psychiatre traitant, expliquant que la constatation de la présence de la symptomatologie hallucinatoire permettait de conclure à une répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 3 avril 2007, page 7).

C'est en se fondant sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 3 avril 2007 que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant.

b) Dans le cadre de la procédure de révision, la Cour de céans constate que sur le plan somatique, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, atteste que l'état de santé de son patient est stationnaire depuis janvier 2005; concernant la capacité de travail, le médecin se réfère à son rapport de 2005 selon lequel la capacité de travail est nulle et précise que le recourant travaille à 30 % depuis le mois de septembre 2008 (cf. rapport du 23 février 2009).

Du point de vue psychiatrique, la psychiatre traitante indique que l'état de santé du recourant est demeuré stationnaire (rapport du 5 mars 2009). Elle retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec caractéristiques psychotiques, sans évolution favorable. La psychiatre mentionne des idées délirantes intrusives. S'agissant de la capacité de travail, la Dresse D\_\_\_\_\_ indique qu'elle est de 50 % du point de vue psychiatrique. Répondant à la demande de l'intimé quant à la question de savoir si le recourant pourrait exercer une activité de boucher, la psychiatre indique qu'en raison de la caractéristique psychotique (idées délirantes), par prudence, le patient ne doit pas avoir d'activité en lien avec des outils dangereux (rapport du 17 septembre 2009). Ces conclusions apparaissent contradictoires. En effet, nonobstant l'absence d'amélioration ou de péjoration de l'état de santé de son patient, la psychiatre traitante conclut à une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, soit une capacité de travail diminuée de moitié par rapport à son appréciation du 20 juin 2005, sans expliquer pourquoi la capacité de travail se serait péjorée. De plus, le SMR ne partageait pas son avis quant aux répercussions de l'état de santé psychiatrique du recourant sur sa capacité de travail.

Mandatée pour expertise, la Dresse G\_\_\_\_\_, retient quant à elle le diagnostic de troubles schizo-affectifs, type dépressif (actuellement en rémission) F25.1, présents depuis 2003 (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 15 février 2010). A l'examen clinique, l'expert met en évidence une thymie en partie abaissée avec un manque d'énergie vitale et un discret ralentissement psychomoteur. Elle ne relève pas d'autres éléments florides de la lignée dépressive. L'expert indique que depuis plusieurs mois les troubles schizo-affectifs type dépressif sont en rémission sous antidépresseur et neuroleptique. Ces troubles se traduisent par une baisse de l'énergie vitale, une fatigabilité, une vulnérabilité au stress, un discret ralentissement psychomoteur, une diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage et une fragilité psychique. S'agissant de la symptomatologie psychotique, l'expert indique que sous neuroleptique à petite dose, les hallucinations auditives et les cénesthésies ont disparu. Il persiste en revanche une idée délirante à thématique d'un mauvais esprit susceptible de vouloir du mal au recourant. Du point de vue théorique, l'expert indique que la capacité de travail est à ce jour de 50 % dans une activité simple. Toutefois, au vu des troubles schizo-affectifs (inclus dans les psychoses), elle préconise dans un premier temps d'évaluer les capacités professionnelles de l'assuré dans un atelier de l'AI ; en fonction des résultats, des mesures d'aide au placement pourraient ensuite être envisagées. Selon l'expert, dès avril 2009, date de la reprise d'une activité professionnelle, la capacité de travail est de 30 %, avec une augmentation progressive pour atteindre un 50 % à ce jour. L'assuré paraît capable de s'adapter à un environnement professionnel pour autant qu'il ne soit pas trop stressant et exigeant en rendement.

La Cour de céans constate que sur le plan médical, le diagnostic posé par la Dresse G\_\_\_\_\_ est identique à celui retenu par le psychiatre du SMR dans son rapport de 2007. La symptomatologie dépressive en rémission selon l'expert était décrite par le SMR comme partiellement améliorée. De même, le psychiatre traitant indiquait que les troubles étaient en rémission sous traitement. Il n'y a ainsi pas de changement notable du point de vue de l'état dépressif. Concernant la symptomatologie psychotique, la Dresse G\_\_\_\_\_ indique certes que depuis plusieurs mois les hallucinations auditives et les cénesthésies ont disparu sous neuroleptique à petite dose ; cela étant, il persiste néanmoins chez le recourant un trouble psychotique sous forme d'idée délirante à thématique d'un mauvais esprit (djinn) susceptible de lui vouloir du mal. La Dresse D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, indique quant à elle qu'il n'y a pas d'évolution favorable.

Au vu de ce qui précède, compte tenu de la persistance du trouble psychotique, il paraît douteux de conclure à une amélioration notable de l'état de santé du recourant.

8. Il convient d'examiner si le recourant a recouvré une capacité de travail et de gain.

Le recourant allègue à cet égard que s'il a repris une activité à 30 % seulement, c'était une tentative de réinsertion professionnelle et ce dans une entreprise familiale, à savoir un restaurant-kebab appartenant à son cousin. Il y effectuait quelques petites tâches, sans contrainte d'horaires ni attente de résultats. Malgré les conditions particulièrement favorables, il a dû abandonner cette activité, en raison de ses limitations physiques et psychiques. L'employeur, la société Y\_\_\_\_\_ SA, a précisé que le recourant n'a pas été engagé par contrat et confirmé qu'il passait quelques heures par semaine pour surveiller l'établissement en échange du repas et des boissons, sans avoir été rémunéré. Enfin, le kebab a été remis le 1<sup>er</sup> février 2010 en gérance libre à une autre personne et le recourant n'est plus revenu.

La Cour de céans constate que cette reprise d'activité s'est faite dans un cadre familial, bienveillant, sans exigence d'horaire ni de rendement. Il s'agissait ainsi d'une activité occupationnelle, non rémunérée, et non d'un véritable emploi à 30 % sur le marché ordinaire du travail, contrairement à ce que l'expert psychiatre pensait.

L'expert psychiatre a évalué la capacité de travail théorique à 50 % dans une activité simple, mais a estimé indispensable, au vu de la psychose, d'évaluer dans un premier temps les capacités professionnelles du recourant dans un atelier de l'AI. En fonctions des résultats, des mesures d'aide au placement pourraient ensuite être envisagées.

Or, force est de constater qu'une telle observation professionnelle n'a pas eu lieu : en effet, en raison des peurs et des fortes appréhensions du recourant, l'intimé a retenu la solution de l'encadrement avant la pratique et décidé de lui octroyer des

mesures de reclassement d'une durée de trois mois, à 50 % (amélioration du français et maîtrise des outils informatiques de base). Avant la mise en place de stages pratiques, le reclassement a été poursuivi du 2 juillet 2011 au 1<sup>er</sup> juillet 2012, toujours à mi-temps, l'après-midi (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 8 novembre 2011). La Cour de céans constate que le recourant s'est montré intéressé et a suivi assidûment sa formation professionnelle. Toutefois, le responsable pédagogique a indiqué qu'il montrait parfois de la lenteur dans ses acquisitions et que son autonomie dans les exercices n'était pas optimale. En outre, la question de l'impact de la médication psychiatrique se posait parfois et, lors des entretiens de réadaptation, le recourant s'est montré craintif face à des milieux professionnels qui pourraient le mettre en situation de stress. Dans ces conditions, la Cour de céans peine à comprendre pourquoi l'intimé n'a pas mis en place des stages pratiques, pourtant préconisés par l'expert, afin de vérifier l'aptitude du recourant à intégrer une activité en entreprise à 50 % et de permettre éventuellement une reprise de travail progressive, accompagnée et encadrée. Ce d'autant que le Dr C\_\_\_\_\_, contacté par l'intimé, estimait que la résistance physique et psychique de son patient ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle et que seule une activité occupationnelle conviendrait. Il convient de garder à l'esprit que la Dresse D\_\_\_\_\_, comme l'expert, a préconisé une activité dans un environnement sans stress ni responsabilité. De surcroît, le 5 février 2012, au cours d'un entretien téléphonique avec l'expert, elle a déclaré qu'une évaluation dans un atelier de l'AI serait possible pour autant que son patient soit bien encadré et peu stimulé et qu'elle craignait que, par la suite, il soit laissé à lui-même et doive s'adresser au chômage pour chercher un emploi. Cette situation pouvait entraîner une nouvelle décompensation avec des idées de persécution et un possible passage à l'acte sur lui-même.

La Cour de céans considère que la capacité de travail du recourant à 50 % dans une activité adaptée n'a pas été objectivée, ni démontrée, bien au contraire. Par ailleurs, les craintes du psychiatre traitant se sont malheureusement vérifiées : depuis janvier 2013, le recourant présente une décompensation dépressive, avec une forte baisse de l'élan vital, un isolement et un retrait social, incompatible avec une reprise d'activité professionnelle. Son état de santé a nécessité une augmentation du traitement antidépresseur et neuroleptique et l'introduction d'un nouveau médicament.

Selon le SMR, la décompensation, postérieure à la décision de suppression de rente, est réactionnelle, donc non susceptible de durer, ce qu'il conviendrait de déterminer ultérieurement.

Tel n'est pas l'avis de la Cour de céans. Tout d'abord, dans le cadre d'une révision, il s'agit de déterminer si l'état de santé ou la capacité de gain du recourant s'est amélioré de manière notable et durable, sans qu'une complication prochaine soit à craindre, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Ensuite, contrairement à ce que

l'intimé soutient, la décompensation rapportée par la Dresse D\_\_\_\_\_ date de janvier 2013, de sorte qu'elle est antérieure à la décision litigieuse et a perduré par la suite. Pour le surplus, elle ne saurait être qualifiée de réactionnelle. En effet, la Cour de céans constate que la fragilité psychique du recourant a été mise en évidence par tous les psychiatres qui se sont prononcés, de même que l'intolérance au stress. Une décompensation psychiatrique était ainsi prévisible, les symptômes psychotiques n'ayant pas totalement disparu, étant rappelé que le pronostic était défavorable. En l'occurrence, force est de constater que le stress engendré par la suppression de sa rente et le fait de devoir affronter le monde du travail ont péjoré l'état de santé psychique du recourant, empêchant toute reprise d'activité.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'au moment de la décision litigieuse, l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré de manière notable et durable et qu'il n'a pas recouvré une capacité de travail et de gain dans une activité adaptée, faute de ressources psychiques suffisantes.

Les conditions de la révision n'étant pas remplies, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant.

9. Le recours, bien fondé, est admis.
10. Le recourant, représenté par son mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
11. L'émolument, arrêté à 800 fr., est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 1<sup>er</sup> février 2013.
3. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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