

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2044/2009

ATAS/1133/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 16 septembre 2009**

En la cause

Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SOLTERMANN Etienne recourant

contre

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

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur C \_\_\_\_\_, né en 1965, est marié et père de trois enfants nés en 1994, 1996 et 2001. Il est de profession chauffeur-livreur.
2. En décembre 1999, l'intéressé est adressé au Dr L \_\_\_\_\_, neurologue, en raison de lombalgies épisodiques depuis sept à huit ans et sciatalgies gauches dès juin 1999. Selon rapport de ce médecin du 20 décembre 1999, le résultat de l'EMG effectué le 17 décembre 1999 est le suivant :

"Les seuls signes lésionnels objectifs, pouvant témoigner d'une lésion radiculaire, se résument à une discrète activité fibrillatoire observée dans le court fléchisseur du premier orteil et retrouvée dans les muscles paraspinaux lombaires. Il s'agit d'anomalies mineures."
3. Dès le 24 janvier 2000, une incapacité de travail totale de l'intéressé est attestée.
4. Dans son certificat médical du 18 février 2000, Dr M \_\_\_\_\_, généraliste, atteste que son patient, qui devra reprendre le travail à 50% le 24 février 2000, ne doit effectuer qu'un travail ménageant le dos et doit ainsi éviter le port et la manutention de lourdes charges.
5. Selon le rapport du 18 février 2000 du Dr N \_\_\_\_\_ du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), l'assuré présente une anomalie de transition de la charnière lombosacrée sans signe d'irritation ou de compression radiculaire. Il s'agit plutôt d'une douleur spondylogène reproductible à la rétroflexion sur discopathie qu'il faudrait retenir comme élément irritatif. Il n'y a pas lieu de procéder à une intervention pour hernie discale et le Dr N \_\_\_\_\_ propose une rééducation de posture par des physiothérapeutes, des mesures de prévention auprès de l'employeur, éventuellement des infiltrations et le port d'un corset, en poursuivant les activités quotidiennes. Enfin, une chirurgie de fixation du segment instable pourrait être envisagée si les autres mesures n'avaient aucun effet.
6. Dans son rapport du 21 février 2000, le Dr M \_\_\_\_\_ diagnostique une lombo-sciatalgie gauche et une hernie discale L4-L5 (récidive). Le traitement a commencé en novembre 1999.
7. Le 3 avril 2000, l'assureur perte de gain de l'employeur soumet l'assuré à un examen par le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Selon son rapport de la même date, l'assuré travaille comme chauffeur-livreur à la boulangerie industrielle X \_\_\_\_\_ et doit fréquemment manipuler des piles de plateaux pesant jusqu'à 40 kilos. Un scanner lombaire a mis en évidence une protrusion-hernie discale postéro-médiane L4-L5, légèrement compressive sur le fourreau

dural, ainsi qu'une hémi-anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée. Il n'y a pas d'irritation radiculaire nette. La reprise de travail prévue pour le 24 février 2000 n'a pas pu se faire, l'employeur n'entrant pas en matière pour un allègement du travail. Dans les constatations objectives, le Dr O \_\_\_\_\_ note que l'état général est excellent. Il relève des troubles statiques sous forme d'une hyperlordose lombaire, avec début de relâchement de la sangle abdominale. Il diagnostique des lombo-sciatalgies chroniques et une discopathie L4-L5. Le Dr O \_\_\_\_\_ propose un suivi rhumatologique comportant notamment la physiothérapie active et l'Ecole du dos. Quant aux limitations, le patient ne peut pas porter de lourdes charges. Dans une activité professionnelle légère, la capacité de travail est de 100 %.

8. En octobre 2000, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
9. Selon le rapport du 8 novembre 2000 du Dr P \_\_\_\_\_ de la Permanence Vermont-Grand-Pré, l'assuré présente une lombalgie chronique invalidante sur la base d'une anomalie de transition de la charnière lombo-sacrée, une protrusion et une hernie discale L4-L5, une suspicion d'instabilité de la colonne lombaire, une brachialgie droite d'origine inconnue et un état d'anxiété. Le traitement consiste en infiltrations, antalgiques et physiothérapies. Ce praticien atteste par ailleurs une incapacité de travail de 50 % du 24 au 27 février 2000, de 100 % du 28 février au 7 mai 2000 et du 13 mai au 3 septembre 2000, de 50 % du 4 au 14 septembre 2000 et de 100 % à partir du 15 septembre 2000.
10. Dans son rapport du 15 novembre 2000, le Dr M \_\_\_\_\_ diagnostique des lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches, une discopathie L4-L5, une hémi-anomalie transitionnelle lombosacrée, une diverticulose sigmoïdienne, une proctite et une épine olécranienne du coude gauche. La capacité de travail est de 50 % à partir du 24 février 2000. Des mesures professionnelles sont indiquées immédiatement. A titre d'activité adaptée à l'invalidité, ce praticien mentionne ouvrier d'usine, vendeur et petite manutention. Toutefois, il n'a plus vu le patient depuis le 18 février 2000, celui-ci ayant changé de médecin. Dans son rapport médical concernant les capacités professionnelles, ce médecin atteste que la capacité de travail est de 100 % dans une autre profession.
11. Le 8 juin 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) fait savoir à l'assuré qu'il le met au bénéfice d'un examen de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et de sa capacité de travail au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 27 août au 27 novembre 2001.
12. La synthèse du rapport OSER du 28 novembre 2001 relatif à l'observation professionnelle est la suivante :

"Le rapport d'observation professionnelle conclut que M. C\_\_\_\_\_ possède **une capacité résiduelle de travail de 35 %** (rendement de 70 % sur un mi-temps).

Les capacités physiques de M. C\_\_\_\_\_ sont compatibles avec une activité légère, simple et répétitive. La capacité résiduelle déterminée en atelier s'est vue confirmer par le stage en entreprise. Les capacités physiques, les aptitudes et la capacité d'adaptation de M. C\_\_\_\_\_ ne lui permettent pas de chercher une orientation dans des activités autres que celles de simple exécutant dans les tâches légères et définitives (par ex. : ouvrier d'usine, aide magasinier, emploi dans le conditionnement).

Le niveau d'engagement était globalement bon, malgré une légère baisse en fin de parcours à l'atelier OSER.

(...)"

13. Sur la base de ce rapport, la Division de réadaptation professionnelle propose l'octroi d'une rente d'invalidité entière fondée sur un degré d'invalidité de 78 %, dans son rapport du 27 novembre 2001.
14. Par décisions du 1<sup>er</sup> et du 15 mars 2002, l'OCAI octroie à l'assuré une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001.
15. Selon le rapport du 3 avril 2003 du Dr Q\_\_\_\_\_, neurologue, le patient a présenté en l'espace de trois ans trois malaises dont deux avec perte de connaissance. L'examen neurologique est dans les limites de la norme et il n'y a aucun argument en faveur de crises d'épilepsie. Il s'agit probablement de malaises vaso-vagaux.
16. En avril 2006, l'OCAI entame une procédure de révision de rente.
17. Dans son rapport du 15 juin 2006, le Dr P\_\_\_\_\_ confirme des diagnostics de son précédent rapport et ajoute, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un malaise vaso-vagal récidivant.
18. Selon l'avis médical du 20 septembre 2006 de la Dresse R\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), la rente d'invalidité a été octroyée de façon erronée sur la base d'un stage OSER, alors que tous les médecins retenaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions du stage OSER sont surprenantes, de l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_. La capacité de travail résiduelle de 35 % retenue ne trouve aucune explication médicale et sort du champ de l'assurance.

19. Le 7 septembre 2007, l'assuré est examiné par les Drs S \_\_\_\_\_, psychiatre, et T \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, du SMR. Dans leur rapport du 23 octobre 2007, ils diagnostiquent des lombo-sciatalgies gauches sur troubles statiques dégénératifs modérés et transitionnels. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent une amplification des plaintes. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kilos de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions assises/debout au moins une fois par heure, pas de position statique debout au-delà de 5 à 10 minutes et diminution du périmètre de marche à environ 40 minutes. La capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, depuis au moins avril 2000. Les médecins du SMR relèvent que l'évaluation clinique n'a pas mis en évidence une atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail d'ordre médical, de sorte que l'octroi de la rente est médicalement erronée.
20. Dans son avis médical du 11 décembre 2007, la Dresse R \_\_\_\_\_ constate que la situation est stationnaire, sans amélioration et sans aggravation de l'état de santé. La rente a été obtenue sur la base d'un stage d'évaluation qui ne se basait pas sur une exigibilité médicale, mais sur des plaintes subjectives de l'assuré. Or, sur le plan médical, une exigibilité totale aurait dû être retenue.
21. Le 12 août 2008, l'OCAI informe l'assuré qu'il lui octroie une mesure de reclassement pour une durée de trois mois.
22. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 12 août 2008, il est notamment mentionné que l'assuré dit se sentir limité dans ses activités, mais non pas incapable de faire quoi que soit. Il ne pense pas pouvoir exercer un travail à plein temps, car il a besoin de se reposer dans la journée, ses forces étant limitées à cause de la douleur. Au quotidien, il bouge modérément, en s'occupant des enfants et de la maison, dès lors que son épouse travaille. Le degré d'invalidité est déterminé à 23% par les réadaptateurs. Ils proposent une mesure de réentraînement au travail aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2008.
23. Le 28 novembre 2008, une IRM du rachis cervical est réalisé. Dans son rapport de la même date, le Dr U \_\_\_\_\_ constate un trouble de la statique dans les deux plans et une suspicion d'un canal limite, mais sans hernie discale décelable.
24. Selon la synthèse du rapport du 3 décembre 2008 des EPI, l'assuré possède les capacités ou les compétences pour réintégrer le monde économique ordinaire en tant qu'employé à l'établi dans les activités simples et légères et employé en conditionnement. Toutefois, il est en totale désaccord avec l'exigibilité fixée par l'OCAI et estime qu'il ne peut pas dépasser quatre heures de travail par jour. Durant

le stage, il a été mis au bénéfice de deux certificats médicaux par le Dr P\_\_\_\_\_ pour un total de 11 jours d'absence sur 62. Concernant le premier stage effectué à l'APAIL du 1<sup>er</sup> au 25 septembre 2008, il est mentionné dans le rapport que le rendement était de 50 %, en raison des nombreuses pauses que l'assuré doit faire. Il a une bonne habileté manuelle pour les activités simples, comprend les consignes et devient rapidement autonome. Le travail rendu est de bonne qualité. Cependant, sa résistance physique est faible. Quant au stage effectué du 29 septembre au 17 octobre 2008 chez Y\_\_\_\_\_ SA, le rapport indique que les rendements sont moyens et difficiles à évaluer. Il n'est pas facile de savoir ce qui provient des douleurs, le poste étant apparemment léger et l'assuré pouvant décider les positions de travail qu'il veut adopter. Sa résistance physique est dans la norme. Le responsable de l'entreprise n'a pas constaté de différence de rendement entre le début et la fin de la journée. En ce qui concerne le stage du 10 au 25 novembre 2008, les rendements observés sont impossibles à évaluer, car ils sont fluctuants. L'engagement était moyen. L'activité est adaptée et l'assuré peut alterner les positions à sa guise et ne doit pas porter de charges. Cependant, il ne reste pas en place et se promène dans l'atelier. Dès le matin, il se plaint de douleurs. Son habileté est bonne, il comprend rapidement les consignes et peut être autonome. Le responsable de l'entreprise n'arrive pas du tout à expliquer les faibles rendements en constante fluctuation.

25. Le 26 janvier 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ informe l'OCAI que son patient était en incapacité de travail à 100% du 22 au 29 octobre 2008, à 50% du 30 octobre au 5 novembre 2008 et à 100% du 17 au 23 novembre 2008. Il précise que "Dès le début de son stage, en raison de la position assise prolongée pendant cette mesure de réentraînement, son état de santé s'est aggravé, il a ressenti des dorsalgies et des cervico-brachialgies invalidantes".
26. Selon le rapport final de réadaptation professionnelle du 10 février 2009, l'assuré a une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 3 avril 2000. Les mesures d'ordre professionnel mises en place ont permis de valider les compétences et capacités de l'assuré pour réintégrer le monde économique ordinaire comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou comme employé dans le conditionnement.
27. Selon la note de travail du 2 mars 2009 du gestionnaire du dossier à l'OCAI, les résultats du stage de réentraînement du travail permettent de retenir un motif de révision, la situation de fait ayant changé depuis la décision initiale.
28. Le 2 mars 2009, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de supprimer sa rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de sa décision. Il estime que le rapport du 3 décembre 2008 des EPI constitue un motif de révision, dans la mesure où il permet de constater une modification des circonstances

médicales. Selon ce rapport, l'assuré possède une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

29. Par lettres du 2 avril 2009, l'assuré s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Il allègue que l'accomplissement du travail pendant les stages a provoqué une nette détérioration de son état de santé, de sorte qu'il n'a pas pu poursuivre son stage jusqu'au bout.
30. Par décision du 8 mai 2009, l'OCAI confirme son projet de décision précité.
31. Par acte du 11 juin 2009, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente et plus subsidiairement encore au renvoi de la cause à l'intimé. Préalablement, il demande la restitution de l'effet suspensif, l'audition du Dr P\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Il allègue qu'il avait des douleurs si intenses pendant le stage de réentraînement à l'effort, qu'il n'a pas pu le suivre jusqu'au bout. L'aggravation de son état de santé a nécessité parfois des interventions d'urgence, afin de le soulager les douleurs. Il conteste être capable de travailler et affirme être gravement atteint dans sa santé. Il estime par ailleurs que son état de santé et sa capacité de travail ont été déterminés de manière insuffisante et que le SMR a manqué d'objectivité.
32. Par écritures du 24 juin 2009, l'OCAI conclut au refus du rétablissement de l'effet suspensif.
33. Par arrêt incident du 30 juin 2009, le Tribunal de céans rejette la demande de restitution de l'effet suspensif.
34. Le 9 juillet 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et fait valoir, sur la base du rapport de stage des EPI du 3 décembre 2008, que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans le circuit économique, de sorte qu'une amélioration de sa capacité de travail doit être admise. Subsidiairement, l'intimé fait valoir que la suppression de la rente est également justifiée sous l'angle de la reconsidération, la décision initiale du 1<sup>er</sup> mars 2002 étant manifestement erronée. A cet égard, il relève que les médecins consultés dans la procédure ayant abouti à cette décision avaient estimé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, la décision d'octroi de rente est fondée uniquement sur le rapport de stage du 28 novembre 2001, en contradiction flagrante avec l'ensemble des pièces médicales versées au dossier.
35. Par réplique du 30 juillet 2009, le recourant persiste dans ses conclusions. Il relève que l'intimé semble vouloir sanctionner sa propre erreur, commise en 2002, plutôt que d'examiner objectivement sa situation actuelle. Il s'étonne par ailleurs que l'intimé ne soit pas entré en matière sur le fait que son état de santé se soit considérablement détérioré depuis l'examen bidisciplinaire du SMR, nécessitant

l'intervention réitérée de son médecin, ainsi que plusieurs visites aux urgences. Il affirme en outre être disposé à faire tout son possible afin de s'intégrer dans une activité professionnelle régulière, à condition qu'il soit tenu compte de son état de santé réel, ainsi que de ses capacités physiques et intellectuelles. Or, selon son expérience, confirmée par son médecin, sa capacité de travail ne peut dépasser 50% en dépit de tous les efforts entrepris. Il estime ainsi indispensable d'établir son état de santé actuel.

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

### **EN DROIT**

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

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré, au point que le droit à la rente n'est plus ouvert, ou si cette rente a été octroyée sur la base d'une décision manifestement erronée.
4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse

(ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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

5. Est réputée 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).
6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments

subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA I 762/02 du 6 mai 2003 et I 522/00 du 22 mai 2001 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss ; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). Cependant, 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. 3b/bb et cc).

8. En l'espèce, l'intimé estime, sur la base du rapport des EPI du 3 décembre 2008, que l'état de santé du recourant s'est amélioré. En effet, les réadaptateurs sont arrivés à la conclusion que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, alors même que le CIP avait conclu, sur la base d'un stage effectué du 27 août au 27 novembre 2001, que sa capacité résiduelle de travail n'était que de 35%.

Cependant, rien ne permet d'affirmer dans ce dossier que, d'un point de vue médical, la capacité de travail du recourant s'est améliorée. Par ailleurs, la Dresse R\_\_\_\_\_ constate, dans son avis médical du 11 décembre 2007, que la situation est stationnaire, sans amélioration et ni aggravation de l'état de santé. Il convient ainsi de considérer que l'évaluation de la capacité de travail du recourant par les EPI constitue une nouvelle appréciation du cas, certainement sur la base de critères plus sévères que ceux admis par le CIP et sans prendre à la lettre les empêchements subjectifs allégués par le recourant en cours de stage. Partant, il sied

de constater qu'il n'y a aucun motif de révision consistant dans une amélioration de l'état de santé du recourant.

9. Il y a lieu dès lors de déterminer si la suppression du droit à la rente peut être confirmée, par substitution de motifs, sous l'angle de la reconsidération, explicitement réglemée à l'art. 53 al. 2 LPGA.

L'administration peut en effet reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est pas prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ch. 18 ad art. 53). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne permettent pas de justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, une reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée compte tenu des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à la lumière des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352, exposé ci-dessus (ATF du 25 juin 2007, I 138/07).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2).

10. Dans le cadre de la procédure qui a abouti à la décision initiale du 1<sup>er</sup> mars 2002 de l'intimé, les Drs O \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ ont clairement admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations du recourant. Seul le Dr P \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale à partir du 15

septembre 2000, encore que ce médecin n'a pas précisé si cette incapacité de travail concernait toute activité professionnelle ou seulement celle exercée jusqu'alors.

Il est vrai que les réadaptateurs professionnels du CIP ont considéré que la capacité de travail résiduelle du recourant n'était que de 35%, sur la base de l'observation du recourant pendant trois mois. Cependant, comme exposé ci-dessus, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnel, dès lors que celles-ci sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage, selon la jurisprudence. Il convient à cet égard de relever que cette jurisprudence était déjà en vigueur au moment de la décision litigieuse, le Tribunal fédéral des assurances ayant jugé dans ce sens par un arrêt du 22 mai 2001 dans la cause I 522/00.

Par ailleurs, il y a lieu de donner la préférence aux avis des Drs O \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ par rapport à celui du Dr P \_\_\_\_\_, dès lors que le Dr O \_\_\_\_\_ constitue un médecin indépendant qui a été consulté par l'assuré en perte de gains de l'employeur du recourant de l'époque, contrairement au Dr P \_\_\_\_\_ qui est médecin traitant et de ce fait probablement trop proche de son patient pour rester objectif.

Ainsi, il doit être admis que la décision du 2 mars 2002 de l'intimé, par laquelle il a octroyé une rente entière au recourant, est manifestement erronée, dès lors qu'elle est contraire aux avis médicaux de plusieurs médecins et est fondée, contrairement à la jurisprudence en vigueur à l'époque déjà, uniquement sur les observations effectuées lors d'un stage d'évaluation.

11. Il sied toutefois d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision initiale du 1<sup>er</sup> mars 2002, de sorte que le droit à la rente est aujourd'hui ouvert, comme le fait valoir le recourant.

Lors de l'examen du recourant par le SMR, cela n'était cependant pas le cas. En effet, les diagnostics des médecins du SMR sont identiques à ceux émis par les médecins en 2000 et 2001.

Il ne saurait pas non plus être admis que l'état de santé du recourant s'est détérioré après cet examen. A cet égard, il sied de constater que les troubles de la statique mis en évidence par l'IRM du 28 novembre 2008 avaient déjà été pris en compte par les médecins du SMR lors de leur examen en septembre 2007. La suspicion d'un canal limite ne saurait donc plus constituer un nouveau diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité légère sans port de charges et permettant de varier les positions.

Il est vrai que le Dr P \_\_\_\_\_ a attesté, le 26 janvier 2009, une incapacité de travail de son patient de 50% et que l'état de santé de son patient s'était aggravé,

celui-ci souffrant de dorsalgies et cervico-brachialgies invalidantes. Cependant, ce médecin n'a fait pas état d'atteintes objectivables qui n'auraient pas été prises en considération par les autres médecins consultés, mais uniquement de plaintes subjectives de son patient. Son avis médical n'est dès lors pas déterminant et le Tribunal de céans ne juge ainsi pas nécessaire d'entendre ce praticien.

Il y a lieu de relever également les éléments discordants ressortant des rapports relatifs aux stages effectués en entreprise par le recourant de septembre à novembre 2008. En effet, concernant le stage chez Y\_\_\_\_\_ SA, le responsable de l'entreprise n'a pas constaté de différence de rendement entre le début et la fin de la journée. Cela constitue un indice pour un engagement médiocre du recourant, les rendements devant plutôt diminuer en fin de journée avec la fatigue, et rend peu crédible ses allégations selon lesquelles le travail lui provoquait des douleurs, celles-ci devant en toute logique augmenter la journée avançant et ainsi également réduire le rendement petit à petit. Pendant le stage effectué en novembre 2008, les rendements du recourant étaient en constante fluctuation, sans que cela puisse s'expliquer, dès lors que le travail était léger, permettait d'alterner les positions et ne comportait pas le port de lourdes charges.

12. Le recourant devant changer de profession, il convient encore d'établir s'il subit de ce fait une perte de gain. En effet, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG).

D'ores et déjà il appert cependant que la perte de gain du recourant est inférieure à 40%, son salaire ne s'étant élevé qu'à 51'922 fr par an en 2000, ce qui est inférieur à la valeur médiane des salaires statistiques de l'époque. En effet, cette valeur était, dans une activité simple et répétitive, en 2000 de 53'244 fr par an pour les hommes, à raison de 40 heures par semaine (cf. L'enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, p. 31). Ainsi, même en procédant à une comparaison des gains sur la base des mêmes salaires et en admettant une diminution du salaire d'invalidé de 10% (cf. ATF 126 V 78 consid. 5) pour tenir compte des handicaps du recourant, qui empêchent notamment toute polyvalence, et le fait qu'il est étranger, sa perte de gain reste inférieure au taux ouvrant le droit à une rente.

13. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la décision initiale d'octroi d'une rente d'invalidité était manifestement erronée et que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis cette décision, au point de pouvoir lui reconnaître aujourd'hui une invalidité ouvrant le droit aux prestations.
14. Cela étant, le recours doit être rejeté.
15. L'émolument de justice, fixé au montant minimal de 200 fr, est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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