

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2216/2009

ATAS/1573/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 30 novembre 2009**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de  
Maître Jean-Luc MARSANO

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis rue  
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Né en 1954, Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) a suivi une formation de ferblantier-appareilleur de 1970 à 1973, qu'il n'a pas achevée. En 1986, il s'est installé clandestinement aux États-Unis d'Amérique, où il a essentiellement vécu d'expédients.

En 1990, alors qu'il était employé dans une fabrique de conduites, l'assuré a été victime d'une chute. En raison de douleurs persistantes, cervicales et lombaires, il a subi de nombreuses interventions chirurgicales et n'a plus exercé d'activité salariée. Expulsé du territoire américain, il est rentré à Genève en juillet 2000, où il a été pris en charge par l'Hospice général.

2. Par demande de prestations enregistrée le 6 avril 2004 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé), l'assuré a sollicité le versement d'une rente.
3. Dans le cadre de l'instruction du dossier, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a établi deux rapports médicaux, les 22 juin et 22 décembre 2004, dont il ressort notamment ce qui suit.

Comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail, laquelle était nulle depuis lors, l'assuré présentait un status post laminectomie lombaire, discectomie, fixation cervicale et fusion lombaire suite à l'accident du travail survenu en 1990. À cela s'ajoutait un état dépressif sévère, des apnées du sommeil et un canal lombaire étroit diagnostiqués depuis 2000. L'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis fin 2003 et le pronostic était mauvais.

4. Selon le rapport établi le 18 février 2005 par le docteur M\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, celui-ci présentait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec caractéristiques psychotiques depuis 1990, et de trouble de la personnalité, type *borderline*, depuis l'adolescence. Dès le début de sa prise en charge, en novembre 2000, l'assuré présentait une totale incapacité de travail et son état psychique était stationnaire.

Au cours des cinq dernières années, de nombreuses complications somatiques avaient été constatées, et ce n'était que dans un deuxième temps que l'assuré avait pu évoquer une symptomatologie de type psychotique intermittente avec des éléments hallucinatoires et interprétatifs fluctuants. Cette symptomatologie avait répondu favorablement à un traitement neuroleptique atypique ; elle n'était plus floride mais restait menaçante. Dès ce moment, l'insertion sociale du patient s'était progressivement améliorée sans pour autant se normaliser. Il avait pu renouer et apaiser sa relation avec ses parents et se réinvestir partiellement dans des relations

sociales limitées mais positives. Il avait également pu mieux collaborer à l'ensemble de ses traitements somatiques.

L'évolution psychiatrique du patient avait été très lentement favorable et semblait avoir atteint un plateau depuis près d'une année, avec un fonctionnement social déficient mais acceptable, une thymie dépressive mais en partie compensée pharmacologiquement. La fréquence des pulsions suicidaires avait nettement diminué depuis une année environ, mais une grande labilité émotionnelle restait perceptible et suscitait des impulsions pathologiques en réaction à des stress parfois mineurs.

Les perspectives à court et à moyen terme laissaient espérer la poursuite de la simple stabilisation de l'état actuel, moyennant une prévention active des rechutes par la maîtrise des facteurs de stress environnementaux. En tout état de cause, il n'y avait, pour l'assuré, aucune perspective, ni physique ni psychiatrique, de retour à une vie professionnelle active.

5. Dans un rapport qu'il a établi le 27 avril 2006, le docteur L\_\_\_\_\_ a notamment considéré que l'assuré présentait un état de santé « peu reluisant », avec au premier plan des problèmes ostéo-vertébraux multi-étagés entraînant des douleurs qui pouvaient être contenues grâce à un traitement antalgique lourd. Compte tenu des succès relatifs des précédentes opérations, il était évident que l'assuré n'était pas enclin à tenter une nouvelle intervention chirurgicale multi-étagée. L'utilisation d'une pompe à administration intrathécale avait été envisagée, mais cette solution semblait en définitive plus compliquée que la prise médicamenteuse actuelle. Le deuxième problème majeur persistant était celui d'un état dépressif sévère, nécessitant un suivi rapproché de la part du docteur M\_\_\_\_\_ et une médication lourde. Dans ces conditions, l'état de santé de l'assuré ne pouvait pas s'améliorer de façon significative, ce qui lui interdisait tout travail.
6. Mandaté par l'OCAI, le Centre d'expertise médicale (CEMed) a, sous la plume des docteurs N\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, O\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et P\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi un rapport d'expertise interdisciplinaire le 5 juillet 2007.

Sur la base d'un examen du dossier médical, complété par divers rapports d'imagerie par résonance magnétique et d'échographie notamment, d'un entretien, d'un examen clinique et des examens spécialisés, rhumatologique et psychiatrique, les experts ont retenu, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, les diagnostics de trouble dégénératif marqué de la colonne cervicale C5 à C7, avec status après fusion cervicale C6-C7, de canal lombaire étroit au niveau L3-L4 sur hypertrophie dégénérative et hernie discale et status après de multiples interventions lombaires avec fusion L4-L5 et L5-S1, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés et conflits sous-acromiaux, d'état dépressif récurrent d'intensité moyenne (F32.1 dans la Classification internationale des troubles men-

taux et des troubles du comportement [CIM-10]) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics d'hyperlipidémie avec stéatose hépatique et lithiase biliaire.

Au chapitre de l'appréciation du cas, les experts ont notamment exposé que, depuis 2004, l'assuré était suffisamment stabilisé sur le plan psychique pour pouvoir entreprendre une réintégration professionnelle tout en gardant le suivi thérapeutique. Sur le plan physique, une IRM réalisée le 6 mars 2007 avait montré le développement d'un rétrécissement canalaire significatif avec étranglement du fourreau dural au niveau de L3-L4 ; l'ensemble des constatations cliniques et radiologiques indiquait l'aggravation d'un canal étroit, dont l'issue neurochirurgicale était relativement probable. Il n'y avait pas de capacité de travail dès lors qu'aux dires du docteur L\_\_\_\_\_, les infiltrations réalisées n'avaient pas eu l'effet escompté et qu'il avait été décidé de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale pour décompression L3/L4 et fixation semi-rigide, qui devait avoir lieu fin juin 2007, une telle intervention étant généralement suivie par une incapacité de travail complète d'environ trois mois et d'une stabilisation dans les six mois.

Au chapitre des limitations en relation avec les troubles constatés, les experts ont précisé qu'au plan physique, l'assuré ne pouvait effectuer aucun mouvement répétitif au niveau du tronc ; il devait pouvoir changer régulièrement de positions et il ne devait pas porter de charge au-delà de cinq kilogrammes ; en raison du canal lombaire étroit, il ne pouvait pas marcher au-delà de vingt minutes consécutives ; en raison de la tendinopathie, il ne pouvait pas effectuer un travail au-dessus de la ligne des épaules. Au plan psychique, l'assuré n'était pas apte à travailler à plein temps, à surmonter de gros stress ou à assumer des responsabilités en raison de son état dépressif récurrent et de la fluctuation de son humeur.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, celui-ci avait été inapte à travailler de 1990 à 1995 en raison des nombreuses interventions chirurgicales subies ; entre 1995 et 2000, il avait été suffisamment apte pour travailler à mi-temps ; à son retour en Suisse, en 2000, il était de nouveau décompensé au niveau psychique et, partant, inapte à une reprise de travail ; à partir de 2004, son psychiatre traitant considérant qu'il était à nouveau stabilisé, il était donc à nouveau apte pour une reprise à 50%. En dépit d'un état dépressif et d'un trouble de la personnalité, l'assuré conservait suffisamment de ressources pour pouvoir s'adapter à un nouvel environnement professionnel, sédentaire et sans responsabilités.

Pour le surplus, l'expertisé était médicalement apte à suivre une réadaptation professionnelle.

7. Des rapports de consultation établis les 29 novembre 2007 et 20 mars 2008 par le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, il ressort notamment que, suite à l'intervention chirurgicale réalisée fin juin 2007, l'état de santé de l'assuré

avait été très amélioré. Malheureusement, au mois d'octobre suivant, il avait fait une chute accidentelle et des douleurs lombaires avaient alors réapparu. Selon le praticien, les douleurs dorsales chroniques empêchaient la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même si l'assuré décrivait une très nette amélioration de son périmètre de marche.

8. Suite à un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OCAI a mandaté le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, aux fins de réaliser une nouvelle expertise.

Du rapport établi par ce praticien le 29 octobre 2008, il ressort notamment que l'examen clinique avait fourni des résultats pratiquement superposables à ceux de l'expertise interdisciplinaire. Au-delà des troubles disco-dégénératifs bien réels du rachis, force était de constater l'absence d'explication claire quant aux douleurs musculo-squelettiques alléguées par l'assuré, ces dernières s'inscrivant vraisemblablement dans un contexte de syndrome douloureux chronique à intégrer plus globalement à une comorbidité psychologique associée, de type dépressif.

Du point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail de l'expertisé était inférieure à 30%, dans quelque domaine d'activité que ce soit. Pour le surplus, l'évolution du degré d'invalidité de l'assuré depuis 1990 ne pouvait être estimée, faute d'éléments objectifs.

9. Dans un rapport du 17 novembre 2008, le docteur S\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré, au vu de ce qui précède, que l'incapacité de travail de l'assuré avait été totale de 1990 à 1995, de 50% entre 1995 et 2000, totale de 2000 à 2004, de 50% entre 2004 et 2007 et à nouveau totale depuis le début de 2007.
10. Ayant pris connaissance du projet de décision établi sur cette base par l'OCAI le 21 janvier 2009, le docteur L\_\_\_\_\_ a, par lettre du 6 février suivant, déclaré s'étonner du constat, par l'administration, d'une amélioration de l'état de santé de son patient entre 2004 et 2007, ce d'autant plus que l'incapacité de gain était jugée totale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, date à partir de laquelle celui-ci devait être au bénéfice d'une rente complète d'invalidité.
11. Par décision du 19 mai 2009, l'OCAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2004, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2007 et à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007.
12. Par acte de recours adressé au Tribunal de céans le 19 juin 2009 et complété le 24 juin suivant, l'assuré a déclaré conclure, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision précitée et à ce qu'il soit dit qu'invalidé à 100% depuis 1990, il est en droit de percevoir une rente pleine et entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003.

À titre préalable, il concluait en outre à ce que l'audition, en qualité de témoins, des docteurs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ soit ordonnée.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait en substance valoir qu'il n'avait, sur le plan ostéo-articulaire comme sur le plan psychiatrique, plus aucune capacité résiduelle de travail depuis 1990. En particulier, contrairement à ce que l'intimé tire de l'expertise psychiatrique du docteur P\_\_\_\_\_, il apparaît qu'il était en incapacité totale de travailler pour des raisons psychiques depuis 2000 et que, si son état psychique s'était stabilisé en 2004, il ne s'était alors nullement amélioré. À cet égard, il apparaît que les conclusions du CEMed ont été établies sur la base de considérations du docteur M\_\_\_\_\_, selon lesquels l'évolution psychiatrique avait été très lentement favorable et semblait avoir atteint un plateau ; or, il n'était absolument pas question, pour ce praticien, d'une stabilisation qui aurait entraîné une reprise de l'activité professionnelle à mi-temps. Enfin, sur le plan rhumatologique, l'expertise réalisée par le docteur R\_\_\_\_\_ concluait à l'existence d'une capacité de travail inférieure à 30%.

Partant, fondées sur une interprétation erronée des documents médicaux recueillis, tant l'expertise du CEMed que la décision de l'OCAI ne sont pas conformes à la vérité.

13. Par lettre adressée au Tribunal dans le délai imparti pour répondre, soit le 20 août 2009, l'OCAI a déclaré conclure au rejet du recours. En substance, l'intimé fait valoir que les trois rapports d'expertise versés à la procédure, qui ont pleine valeur probante contrairement aux avis des médecins traitants, concourent à démontrer une amélioration de l'état de santé du recourant au cours de la période considérée. En particulier, le docteur M\_\_\_\_\_ faisait état d'une nette amélioration dans son rapport du 18 février 2005 ; d'autre part, contrairement à ce que soutient le recourant, ni le docteur O\_\_\_\_\_ ni le docteur R\_\_\_\_\_ n'avaient conclu à une totale incapacité de travail depuis 1990. Partant, les arguments soulevés par le recourant ne permettaient pas une appréciation différente de son cas.
14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 31 août 2009.

### **EN DROIT**

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

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 19 juin 2009 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2007, en lieu et place d'une demi-rente.
5. 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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06), lequel 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.

À cet égard, l'art. 88a al. 1<sup>er</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), précise notamment que 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.

Il sied encore de relever que 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Partant, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. 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. À cet égard, il convient 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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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. (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 lui. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, 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 469 consid. 4a, 122 III 223 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), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

7. Au regard des principes qui viennent d'être rappelés, il apparaît qu'en l'espèce, seuls les rapports d'expertise établis par le CEMed le 5 juillet 2007 et par le docteur R\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2008 remplissent les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante.

Cela dit, les divergences qui apparaissent entre les divers avis médicaux exprimés dans le cadre de la présente affaire concernent moins les constatations faites que l'appréciation de leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, l'examen de l'ensemble des avis médicaux recueillis conduit à considérer comme établi que, sur le plan somatique, le recourant présentait, depuis 1990, un status après multiples interventions chirurgicales au niveau du rachis qui avait empêché l'exercice de toute activité professionnelle jusqu'en 1995. Par la suite, le recourant avait, *de facto*, exercé diverses activités plus ou moins lucratives, ce qui permettait de considérer qu'il était physiquement capable de travailler à mi-temps. Les examens effectués à son retour en Suisse avaient montré qu'il était alors affligé de troubles dégénératifs qui entraînaient des limitations fonctionnelles de ses membres supérieurs comme de ses membres inférieurs. Pour le surplus, il se plaignait de douleurs qui pouvaient être contenues au moyen d'un traitement antalgique approprié. Cette situation a perduré jusqu'en 2007, soit jusqu'à l'aggravation significative du canal lombaire, qui a été opéré avec succès en juin, et à la chute accidentelle du mois d'octobre, qui a entraîné une nouvelle incapacité de travailler, actuellement estimée à 70%.

Sur le plan psychique, il apparaît que les circonstances du retour du recourant en Suisse, en 2000, ont entraîné une aggravation de son état de santé telle que l'exercice d'une activité professionnelle était alors exclu. Les psychiatres consultés s'accordent à dire que, par la suite, l'évolution a été lentement favorable pour se stabiliser au début de 2004, de telle sorte que le recourant présentait alors une labilité émotionnelle encore perceptible, une thymie dépressive en partie compensée par le traitement prescrit et un fonctionnement social déficient mais acceptable. Sur ce plan, il était dès lors apte à travailler à 50% dans un poste sans responsabilité.

Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis que les experts ont exprimé dans le rapport interdisciplinaire du 5 juillet 2007, selon lequel le recourant était, entre la stabilisation de son état psychique et l'aggravation de ses troubles dégénératifs, capable de travailler à mi-temps. Il ressort en effet clairement du dossier que l'état de santé du recourant était alors, sur le plan psychique comme sur le plan physique, sensiblement le même qu'entre 1995 et 2000.

Il sied ici de préciser qu'au terme de l'appréciation des preuves à laquelle le Tribunal s'est livré, il a considéré que les faits précités présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. Il a par conséquent renoncé à procéder à l'audition des docteurs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, telle que requise par le recourant.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant était capable d'exercer, à mi-temps de janvier 2004 à janvier 2007, une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts.

8. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, et 16 LPGa). 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 104 V 136 consid. 2).

En l'espèce, le recourant était sans activité lucrative et il ne percevait plus de gain régulier depuis 1986 au moins. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent ensuite être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide (ATF non publié au Recueil officiel du 15 avril 2003, I 1/03, consid. 5.2).

En l'occurrence, compte tenu d'une incapacité de travail de 50% et d'un abattement de 15% du revenu d'invalide pour tenir compte du fait que le recourant était alors âgé de cinquante ans, qu'il ne bénéficiait pas d'une formation achevée et qu'il ne pouvait exercer qu'une activité à temps partiel, il résulte un degré d'invalidité de 57.5% (50% + [15% de 50%]), lequel ouvre droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

Au vu de ce qui précède, l'OCAI était fondé à reconnaître au recourant le droit au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2007.

9. L'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe.

Pour le surplus, dans la mesure où il n'a pas obtenu gain de cause, le recourant n'a pas droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

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

**Statuant**

**À 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 qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhof-quai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Irène PONCET

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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