

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3212/2007

ATAS/545/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 7 mai 2008

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à ONEX, représenté par le
CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique
JECKELMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur D_____, de nationalité turque, a effectué sa scolarité primaire jusqu'à l'âge de 15-16 ans. Il a travaillé ensuite comme maçon dans son pays, sans obtenir de certification. Arrivé en Suisse en 1989 comme réfugié kurde, il a exercé son métier pour le compte de l'entreprise X_____. En octobre 1996, l'assuré a présenté deux discopathies majeures avec une hernie discale L4-L5 pour lesquelles il s'est trouvé en arrêt de travail à 100%.
2. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en novembre 1996, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Le Dr L_____, de la Permanence Vermont-Grand-Pré SA, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 5 avril 1997, aux termes duquel il a diagnostiqué une lombalgie chronique invalidante sur dégénérescence discale L4-L5, une hernie discale L1, L4, L5, des troubles posturaux de la colonne lombaire avec une scoliose à convexité gauche et torsion axiale, ainsi qu'une rétro-inclinaison lombaire, des troubles de la colonne dorsale, sous forme d'une cyphose dorsale. Il a relevé également un status après ulcère gastrique, un état après gastrite à hélicobacter pylori positif traitée en mai 1995, avec récurrence en janvier 1997, des rectorragies en juin 1996 sur adénome tubulaire et pseudo-mélanose de la muqueuse colique opérée et un colon spastique. L'incapacité de travail dans l'activité de maçon était de 100 % depuis le 28 mai 1996. Des mesures professionnelles étaient indiquées.
4. Dans un rapport intermédiaire daté du 11 mars 1998, le Dr L_____ indiquait que l'état de santé de son patient était stationnaire. Au vu de l'examen clinique et des plaintes du patient, le médecin relevait que la profession de maçon n'était plus possible. Le patient se sentait assez stimulé par l'idée d'avoir une nouvelle formation professionnelle et reprendre un autre travail. Il était souhaitable que cette activité n'implique pas de flexion du tronc à répétition, ni de port de charges lourdes ou de garder la position debout longtemps.
5. A la demande de l'OCAI, le Dr L_____ a communiqué notamment un rapport du Dr M_____, neurochirurgien FMH, du 25 octobre 1996, dans lequel ce dernier mentionne que le patient présente deux discopathies majeures avec notamment à l'IRM une hernie discale L4-L5 médiane et para-médiane gauche expliquant les irradiations radiculaires, ainsi qu'un énorme problème de posture en rétro-inclinaison lombaire, cyphose dorsale de compensation qui est à corriger par une gymnastique appropriée. Si cela ne devait pas suffire, l'option suivante serait la mise en place d'un corset de type BOB, puis le cas échéant une exérèse de sa hernie associée à un geste de stabilisation par instrumentation de L4 à S1. Divers rapports d'examen, plus particulièrement radiologiques, et l'IRM étaient joints à l'envoi.

6. Dans une note du 15 mai 1998, le médecin de l'OCAI relève que l'assuré souhaite reprendre une activité professionnelle, mais qu'actuellement l'état de santé n'est pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle et les conditions pour une observation professionnelle ne lui paraissent pas remplies. Une amélioration pourrait venir d'une intervention chirurgicale. Il a proposé d'admettre une incapacité de travail avec révision à un an. S'il y a une amélioration, il conviendra d'envisager un stage d'observation.
7. Par décision du 4 août 1998, l'OCAI a octroyé à l'intéressé une rente entière d'invalidité dès le mois de mai 1997, le degré d'invalidité retenu étant de 100%.
8. En mai 2000, l'OCAI a initié une révision. Répondant au questionnaire pour la révision de la rente le 6 mars 2000, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'il travaillait à temps partiel au Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP) depuis le 31 mai 1999 à raison de 4 heures par jour. Il a précisé que les 20 heures de travail hebdomadaires au CIP ne sont pas régulières, en raison de ses problèmes de santé.
9. Dans un rapport du 9 août 2000 à l'attention de l'OCAI, le Dr. L_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire. S'agissant des diagnostics, il se réfère à son rapport du 5 avril 1997 et mentionne en outre des lombosciatalgies aiguës récidivante sur hernie discale L4-L5. Le médecin traitant relève que l'assuré s'est présenté dans un atelier de l'AI où il a pu travailler 3 semaines sur 4 mais qu'il a dû arrêter le travail en raison de lombosciatalgies. L'assuré espère toujours une activité professionnelle adaptée à son handicap et à ses capacités intellectuelles. L'incapacité de travail était de 100 % du 28 mai 1996 au 4 octobre 1999, du 14 octobre 1999 au 24 janvier 2000 et dès le 2 février 2000, pour une durée indéterminée. Un examen médical complémentaire de l'incapacité de travail était indiqué et la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, à savoir des antalgiques, de la physiothérapie et des exercices en piscine. Concernant l'activité adaptée, le Dr L_____ indiquait qu'elle ne devait pas nécessiter des flexions du tronc à répétition, ni de transporter des charges lourdes, sans plus de précision. Il a joint à son rapport divers rapports, dont un concernant un scanner lombaire pratiqué par le Dr N_____, spécialiste FMH en radiologie, en date du 1^{er} novembre 1999, qui concluait à une hernie discale L4-L5 sans évidence d'empreinte sur les racines émergentes, ainsi qu'un rapport du Dr O_____, chef de service adjoint du service de neurochirurgie des HUG, daté du 5 janvier 2000. Dans ce rapport, le Dr O_____ relevait que contrairement aux radiologues, il ne parlerait pas de hernie, mais d'un simple débord discal. Cliniquement il n'y avait pas de signe radiculaire et il n'avait pas d'argument pour faire des propositions concrètes. Il ajoutait qu'il était même un peu étonné que l'assuré soit à l'AI au regard de la discrétion de la sémiologie, en tout cas telle qu'il pouvait la voir aujourd'hui, et de l'imagerie.

10. L'OCAI a mandaté le COMAI de Lausanne pour une expertise pluridisciplinaire. L'assuré a été examiné les 8, 10 et 18 avril 2002 par les Drs P_____, rhumatologue, et Q_____, psychiatre. Il a fait l'objet d'un examen clinique, d'un consilium de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 27 septembre 2002, les médecins du COMAI ont posé les diagnostics avec des répercussions sur la capacité de travail suivants : lombalgies communes sans irritation radiculaire avec protrusion discale L3-L4, L4-L5, syndrome somatoforme persistant douloureux, trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen stabilisé sous traitement, trouble de la personnalité de type dépendant avec grande immaturité affective. Les autres diagnostics, à savoir un status après ulcère gastrique en 1990, une gastrite à *helicobacter pylori* en 1995 et 1997, les hémorroïdes, le tabagisme et l'hypercholestérolémie sont sans influence essentielle sur la capacité de travail. Lors de l'appréciation du cas, les médecins indiquent que malgré les traitements, les lombalgies ont persisté. Ils relèvent que le Dr O_____, médecin chef du service de neurochirurgie à l'hôpital cantonal de Genève, avait constaté dans un rapport du 4 janvier 2000 une absence clinique de problème radiculaire et infirmé la présence d'une hernie discale sur le scanner, se disant par ailleurs étonné que l'assuré soit au bénéfice d'une rente AI complète en regard de la discrétion de la sémiologie et de l'imagerie. D'un point de vue rhumatologique, l'assuré présente des lombosciatalgies gauches cependant sans signe clinique d'irritation radiculaire. Pour le rhumatologue consultant, il n'y a pas de hernie discale à proprement parler et l'image de protrusion discale médiane latérale gauche L4-L5 et L3-L4 objectivée sur le CT-scan du 29 octobre 1999 n'a pas de signification pathologique certaine. L'expert souligne que l'appréciation de la capacité de travail reste difficile, qu'il convient de tenir compte que le patient a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité complète sur la base d'un diagnostic lui paraissant à posteriori erroné; il ajoute qu'il ne dispose cependant pas de l'IRM effectuée en 1996 et qu'il lui paraît difficile pour ces raisons de remettre ce patient au travail comme maçon. Devant un tel tableau de lombalgies avec ces différentes images radiologiques, il ne persiste aucune capacité de travail résiduelle dans la profession de maçon. Par contre, une reconversion professionnelle est possible et si l'on s'oriente d'un point de vue rhumatologique vers des travaux légers, ne nécessitant pas le port de charges de manière répétitive supérieure à 15 kg, des mouvements en porte-à-faux et une exposition aux vibrations corporelles, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique est de 100 %. Compte tenu de la longue interruption de travail, il serait souhaitable que le patient puisse bénéficier d'une période de reconditionnement au travail.

Du point de vue psychologique, l'expert psychiatre relève que l'état de l'assuré s'est aggravé après l'obtention de la rente, celui-ci s'étant senti dévalorisé. Il a effectué des démarches personnelles auprès de l'AI pour obtenir un emploi dans un atelier protégé où il a pu travailler à mi-temps. L'emploi fut malheureusement un échec, l'assuré ayant été licencié en raison d'un absentéisme trop important. Selon la psychiatre, l'assuré présente un état dépressif extrêmement clair, qualifié de degré

moyen. Il présente un sentiment de culpabilité, des idées noires, une perte de l'estime de soi, des troubles du sommeil et a des difficultés à se concentrer. Une perte pondérale a été par ailleurs objectivée. Enfin, l'assuré présente une importante immaturité affective. Il est peu structuré psychiquement et doit s'appuyer continuellement sur les autres, en raison d'une personnalité carencée, peu constituée. L'état dépressif de degré moyen que présente actuellement l'assuré entraîne une limitation de la capacité de travail, même dans une profession adaptée, à raison de 50 %.

Dans l'appréciation du cas, les médecins du COMAI relèvent qu'il semble actuellement difficile d'envisager une reprise d'activité à 100%, ce d'autant plus que l'assuré s'est installé malgré tout dans un statut d'invalidé depuis 1998. Il serait important de lui permettre d'effectuer un stage dans un COPAI pour qu'il puisse retrouver une capacité de travail de l'ordre de 50%. S'il retrouve un cadre qui le sécurise et qui le valorise, cette capacité de travail pourrait même être augmentée progressivement dans les prochaines années. L'échec d'une tentative de reprise de travail dans un atelier protégé de l'AI peut s'expliquer par le fait qu'il ne se sentait pas reconnu comme malade ni rétribué à sa juste valeur. Il avait un sentiment important de dévalorisation. Plusieurs éléments positifs permettent cependant d'être optimiste quant à une reprise ultérieure de travail, comme le fait que l'assuré ait fait de lui-même des démarches auprès d'un médecin psychiatre ainsi que pour trouver un poste dans un atelier et surtout du fait qu'il affirme depuis de très nombreuses années qu'il aurait vraiment besoin d'avoir une activité professionnelle adaptée à son handicap physique. La capacité de travail en tant que maçon est nulle, mais dans une activité adaptée à son handicap, une capacité de travail pourrait être possible du point de vue strictement physique à 100%. D'un point de vue psychique et mental, pour l'instant, après un temps de réadaptation, on peut espérer que l'assuré retrouve une capacité de travail de l'ordre de 50%.

11. Dans un avis du 22 octobre 2002, le médecin de l'OCAI a considéré qu'en l'état on pouvait admettre une capacité de travail de 50% dans un poste adapté, mais étant donné que les mesures devaient être progressives, il se demandait s'il convenait d'envisager un réentraînement à l'effort.
12. L'OCAI a continué de verser au recourant la rente entière d'invalidité.
13. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 10 novembre 2005, la Dresse R_____, de la Permanence de Cornavin SA, a posé les diagnostics de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec dessiccation discal et pincement discal L4-L5. L'état de santé est décrit comme stationnaire et l'incapacité de travail est de 100% depuis le mois de mai 1996. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, la Dresse R_____ considère que l'assuré ne peut pas exercer une autre activité. Par courrier du 23 février 2006 adressé à l'OCAI, elle a indiqué que le patient ne présente aucun élément permettant de penser à l'état dépressif,

mais un syndrome douloureux en rapport avec sa pathologie lombaire. La Dresse R_____ a joint en annexe copie de l'IRM lombaire effectuée le 9 septembre 2005 par le Dr S_____. Dans son rapport, le radiologue a conclu à des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec dessiccation discal et pincement discal L4-L5, ainsi qu'à une protrusion sous-ligamentaire médiane-paramédiane bilatérale aux deux niveaux sus-cités, discrète sans aucune conflit décelable.

14. Le 21 mars 2006, l'OCAI a ordonné une expertise et a mandaté le Dr T_____, spécialiste FMH en médecine interne & rhumatologie, de Neuchâtel, à cet effet.
15. Dans son rapport du 21 août 2006, le Dr T_____ expose que sur le plan physique, l'assuré présente des lombalgies chroniques persistantes sur un trouble statique du dos. Procédant à la comparaison des clichés du rachis lombaire du 28 octobre 1999 et ceux effectués le 15 août 2006 dans le cadre de son expertise, le Dr T_____ relève qu'alors qu'en 1999 on ne relevait pas de troubles statiques significatifs, en août 2006 est apparu chez l'assuré une scoliose lombaire modeste à convexité gauche, sans bascule du bassin. Quant à la posture du tronc en renversement lombaire, elle s'est accentuée de façon notable depuis 1999. L'expert a encore noté la présence d'une ostéopénie radiologique nécessitant d'accomplir une densitométrie osseuse. Sur le plan psychique et mental, l'expert explique qu'en tant que porteur du certificat d'aptitude en médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP), les troubles décrits par l'assuré lui ont permis de diagnostiquer un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive consécutif à un isolement relatif ainsi qu'à sa maladie du dos. Il a rappelé par ailleurs que le psychiatre du COMAI avait diagnostiqué en 2002 une importante immaturité affective avec des traits de personnalité dépendants, diagnostic qu'il a également repris dans son expertise. Sur le plan social, l'assuré ne présente pas de limitations. L'expert a ainsi retenu les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes sur posture du tronc en renversement lombaire, un syndrome d'amplification des plaintes avec "comportement-maladie" pathologique, un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive et un trouble de la personnalité de type dépendant avec immaturité effective. Quant à la capacité de travail, l'expert considère que l'assuré ne peut plus exercer son activité de maçon; en revanche, il est parfaitement apte à œuvrer en position assise ou assise- alternée, sans port de charges supérieures à 15 kilos et dans un milieu dénué de vibrations. Un poste à l'établi, dans la petite manutention ou encore dans l'horlogerie pourrait convenir. L'incapacité de travail était de 20% au moins depuis 1996 et s'est accrue pour atteindre 50% depuis l'expertise du COMAI du mois d'avril 2002. Une activité adaptée à mi-temps peut être exercée, sans diminution de rendement.
16. Dans un rapport du 18 décembre 2006, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains et déterminé un degré d'invalidité de 57,5%.

17. Par courrier du 21 décembre 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet de réduction de sa rente à une demi-rente.
18. Par courrier du 1^{er} février 2007, l'assuré, représenté par le CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES GENEVE, a contesté ce projet.
19. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 5 mars 2007, le Dr U_____ a indiqué qu'il avait vu le patient à 4 reprises, en 2004, puis plus depuis lors. Il avait posé les diagnostics de hernie discale sans précision, traitée conservativement par le Dr M_____ et hernie hiatale symptomatique survenue en octobre 2004. Il ne pouvait pas répondre aux questions concernant la capacité de travail ou l'état de santé de l'assuré.
20. Dans un rapport du 27 avril 2007 adressé à l'OCAI, le Dr V_____ a indiqué que le dernier examen clinique remontait au 10 juin 2004. Il avait alors posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et état anxieux dépressif. Sur le plan cardiaque, le patient a été multi-investigué, sur le plan ostéo-articulaire, il a présenté des douleurs lombaires ayant évolué favorablement sous anti-inflammatoires, myorelaxants et physiothérapie. Sur le plan psychique, le patient a évolué favorablement après l'introduction du Cipralax. L'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, une activité plutôt intellectuelle à mi-temps pourrait être exercée, mais il y a un risque de rechute en raison de l'état anxio-dépressif. S'agissant des capacités professionnelles, l'assuré peut garder la position assise-debout ou la même position du corps pendant 4 heures par jour, il doit cependant éviter l'inclinaison du buste, la position accroupie, le port de charges supérieures à 5-10 kg, se baisser, le travail en hauteur ainsi que le déplacement sur sol irrégulier ou en pente. Le médecin a conclu qu'une activité adaptée, plutôt intellectuelle, était possible à 50% depuis 2004.
21. La Dresse W_____, médecin généraliste, a établi un rapport à l'OCAI en date du 15 mai 2007. Elle a indiqué que le patient décrivait des crises de palpitations et a fait effectuer divers examens. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assuré.
22. Dans un rapport adressé en date du 2 avril 2007 à l'OCAI, les Dresses A_____ et B_____, du département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires depuis novembre 1996. Les épigastralgies et l'hypercholestérolémie n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. En tant que maçon, l'incapacité de travail est de 100% depuis 1996. S'agissant de l'état de santé, il est décrit comme stationnaire, la capacité de travail de l'assuré peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées. Les médecins ne se sont pas prononcées sur le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée.

23. Par décision du 25 juin 2007, l'OCAI a diminué la rente revenant à l'assuré à une demi-rente, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, au motif que de l'avis du SMR, une capacité de travail de 50% au moins est raisonnablement exigible dans un poste adapté depuis août 2006. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité de l'assuré s'élève à 58%, justifiant en conséquence la diminution de la rente. L'OCAI a retiré l'effet suspensif du recours.
24. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjette recours le 22 août 2007. Il expose que lors de l'octroi de la rente d'invalidité, il s'était rendu à l'OCAI en insistant sur une demande de réadaptation professionnelle, qui lui a été refusée au motif que le médecin-conseil de l'assurance-invalidité considérait qu'une telle mesure était contre-indiquée médicalement. Soucieux de rester actif, il a travaillé à raison de 4 heures par jour pour le CIP de février 1999 à novembre 1999, activité qu'il a dû interrompre en raison de son état de santé. Le CIP lui avait fait comprendre qu'il leur était difficile de le garder en raison de ses fréquentes absences. Il relève que suite à la révision initiée en 2000 par l'OCAI et au rapport du COMAI de 2002, la rente entière a continué à lui être versée. Ce n'est qu'en août 2006 qu'une expertise a été confiée au Dr T_____, lequel a considéré qu'il pouvait reprendre une activité adaptée à 50 % depuis 2002 et qu'une mesure de reclassement professionnelle n'était pas indiquée. Le recourant fait valoir que les diagnostics retenus par le COMAI ne sont pas différents de ceux contenus dans les rapports médicaux à l'origine du versement de la rente entière, qu'aucune amélioration de l'état de santé n'a été constatée, de sorte qu'il n'y a pas motif à révision. Le recourant soutient que son état de santé psychique et physique s'est en réalité aggravé. Il conteste la réduction de la rente d'invalidité et, subsidiairement, conclut à la mise sur pied d'une mesure d'observation professionnelle, cas échéant de reclassement dans une nouvelle profession ou d'une mesure de placement.
25. Dans sa réponse du 21 septembre 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, dès lors que de nouvelles pièces n'ont pas été produites dans le cadre du recours.
26. Le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties qui s'est tenue en date du 14 novembre 2007. Le recourant a expliqué que son état de santé s'était aggravé, qu'il devait être opéré prochainement opéré de la prostate ainsi que d'une hernie testiculaire. Il ne comprenait pas pourquoi, sur la base du même état de fait et des mêmes atteintes à la santé, sa rente a été réduite. Il a déclaré qu'il souhaitait être réadapté ou que l'OCAI l'aide à retrouver un autre emploi. Il a expliqué qu'il effectuait un stage dans les ateliers de Beau-Séjour, de deux heures par jour, afin d'évaluer sa capacité de travail. L'OCAI a pris acte de la motivation du recourant pour des mesures de réadaptation, voire un placement. A l'issue de l'audience, le Tribunal a imparti un délai au recourant pour produire le rapport de Beau-Séjour.
27. Le 22 novembre 2007, le recourant a communiqué au Tribunal le rapport d'observation établi le 21 novembre 2007 par l'Atelier de réadaptation

préprofessionnelle du service de neuro-rééducation des Hôpitaux de Genève (HUG). Selon le technicien responsable, le stage s'est déroulé du 22 octobre au 16 novembre 2007, à mi-temps, dans des activités de confections de dossiers OCE en positions alternées et de restauration de dossiers patients. Les longues stations debout/assises sont mal tolérées, et aucune amélioration n'a été constatée en relation avec une reprise d'activité physique plus régulière. Aucun port de charge n'a été possible, de même que l'accroupissement. Le rendement est fortement influencé par les douleurs, surtout en fin d'après-midi. En conclusions, vu les conditions observées, l'assuré n'est pas en mesure de travailler dans le marché primaire, étant rappelé qu'une tentative d'intégration dans un atelier s'est soldée par un échec, au vu des nombreuses absences et du rendement trop limité. Il est mentionné au bas du rapport, sous post-scriptum, qu'aucune évaluation médicale n'a été faite au cours de l'observation.

28. Invité à se déterminer, l'OCAI indique dans ses écritures du 17 décembre 2007 avoir soumis le rapport des HUG au SMR, lequel constate qu'il y a une divergence concernant l'exigibilité théorique de 50 % dans une activité adaptée. Selon le SMR, l'observation des HUG confirme l'amplification des symptômes décrite par le Dr T_____. Sur le plan psychique et somatique, l'assuré présente une amélioration manifeste de l'état de santé puisque la hernie discale invalidante lors de l'octroi de la rente s'est desséchée, ainsi que le démontre l'IRM de septembre 2005, et que le trouble psychique est en rémission totale ainsi que l'ont constaté le Dr T_____ et le médecin traitant. L'OCAI relève toutefois que le rapport des HUG est relativement succinct et qu'un complément d'instruction serait souhaitable afin d'élucider la question de l'activité adaptée raisonnablement exigible.
29. Par courrier du 7 janvier 2008, le recourant conteste que son état de santé se soit amélioré dès lors qu'au moment de l'octroi de la rente, il n'y avait pas de conflit radiculaire. Il rappelle que c'est l'ensemble des pathologies dorso-lombaires qui a justifié l'octroi d'une rente entière. Il conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
30. Cette écriture a été communiquée à l'OCAI le 15 janvier 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a réduit, par voie de revision, la rente du recourant à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2007.
5. 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. 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). A cet égard, il convient de relever qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), 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 (AT 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

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. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], 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 Invalidenrentenrevisionen*, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre.

6. Par ailleurs, le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b).

La reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA : l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Ueli KIESER, *ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000*, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des

faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références, 130 V 349 s. consid. 3.5; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3).

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 (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, I 559/02).

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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. En l'occurrence, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente du 4 août 1998, avec ceux prévalant lors de la décision litigieuse du 25 juin 2007.

- a) En 1998, l'intimé s'était fondé sur les rapports médicaux des Dr L_____ et M_____ qui avaient posé les diagnostics de deux discopathies majeures, à savoir une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane, ainsi qu'une rétro-inclinaison lombaire et cyphose dorsale qu'il convenait de traiter dans un premier temps par de la gymnastique et le port d'un corset. Le recourant souffrait en outre d'une lombalgie chronique invalidante sur dégénérescence discale L4-L5 ainsi que de troubles posturaux de la colonne lombaire avec une scoliose à convexité gauche et torsion axiale. Selon le Dr L_____, le recourant ne pouvait plus exercer son activité de maçon, mais des mesures professionnelles étaient indiquées, dans une activité ne nécessitant pas de flexion du tronc à répétition, ni de port de charges

lourdes ou la position debout longtemps. Le médecin-conseil de l'OCAI avait cependant considéré - contrairement à ce que demandait le recourant - que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

b) En procédure de révision, qui a duré de 2000 à 2007, plusieurs médecins et experts ont examiné le recourant et se sont prononcés sur son état de santé.

S'agissant des diagnostics, force est de constater une divergence dans les avis médicaux sur la nature des troubles présentés par le recourant. Selon le rapport du médecin traitant du 9 août 2000, l'état de santé du recourant est stationnaire et l'incapacité de travail totale dans son activité de maçon. Il se réfère aux diagnostics évoqués dans son rapport du 5 avril 1997 et mentionne en outre que son patient présente des lombosciatalgies aiguës récidivantes sur hernie discale L4-L5. Le Dr S_____ a observé sur le scanner lombaire du 1^{er} novembre 1999 une hernie discale L4-L5 sans évidence d'empreinte sur les racines émergentes. A l'IRM du 9 septembre 2005, il a diagnostiqué des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec dessiccation discal et pincement discal L4-L5, ainsi qu'une protrusion sous-ligamentaire médiane-paramédiane bilatérale, discrète sans aucun conflit décelable. D'autres médecins, à l'instar des Dr V_____, A_____ et B_____, parlent de lombalgies chroniques ou lombosciatalgies non déficitaires, voire de discopathie L4-L5 et L5-S1 (Dresse R_____).

Le Dr O_____, dans son rapport de janvier 2000, n'est pas d'accord avec les radiologues et retient plutôt un débord discal. L'expertise du COMAI, datée du 27 septembre 2002, retient les diagnostics de lombalgies communes sans irritation radiculaire avec protrusion discale L3-L4, L4-L5, tout en admettant n'avoir pas eu en mains l'IRM de 1996, et de syndrome somatoforme persistant douloureux. Selon l'expert rhumatologue, il n'y pas de hernie discale à proprement parler, car l'image de protrusion discale médiane latérale gauche objectivée sur le CT-scan du 29 octobre 1999 n'a pas de signification pathologique certaine. L'expert T_____ ne retient pas non plus le diagnostic de hernie discale, sans pour autant l'expliquer. Selon le COMAI, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100 %, du point de vue rhumatologique, alors que le Dr T_____ estime cette capacité de travail à 50 %.

Le Tribunal de céans constate que malgré les différences de diagnostics, les médecins ne font pas mention d'une amélioration de l'état de santé sur le plan dorso-lombaire, bien au contraire. En effet, le Dr T_____, en comparant les clichés du rachis lombaire du 28 octobre 1999 et les clichés d'expertise réalisés par lui le 15 août 2006, note l'apparition d'une scoliose lombaire modeste à convexité gauche, sans bascule du bassin et une accentuation notable de la posture du tronc en renversement lombaire. Il fait état également d'une ostéopénie radiologique nécessitant d'accomplir une densitométrie osseuse. Enfin, sur le plan psychique, les experts du COMAI retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

stabilisé sous traitement, et un trouble de la personnalité et considèrent que la capacité de travail du recourant est de 50 %, du point de vue psychique, après un temps de réadaptation.

Sur le plan strictement médical, le Tribunal de céans constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et que la capacité de travail résulte d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorise pas la révision.

c) Le Tribunal de céans relève toutefois que la première décision d'octroi de rente était manifestement erronée. En effet, l'intimé a fait fi du rapport du médecin traitant; si l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon, le médecin préconisait des mesures professionnelles, qui étaient indiquées depuis le mois de mai 1996, et précisait que l'activité envisagée devait respecter certaines limitations. L'intimé n'a pas demandé au médecin de se prononcer plus précisément sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni instruit davantage. Bien que le recourant n'ait cessé de demander l'octroi de mesures professionnelles, l'intimé s'est borné à prendre acte de l'avis de son médecin-conseil qui a considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé et que de telles mesures n'étaient pas indiquées. Il convient en conséquence d'admettre la décision de révision de l'intimé, mais pour le motif substitué que la première décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité était manifestement erronée.

Pour le surplus, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer. En effet, d'une part, sur le plan médical, il convient de relever que l'instruction n'est pas complète, dès lors que l'expert T_____ a relevé une ostéopénie radiologique nécessitant une densitométrie osseuse. Or, on ignore si cet examen a été fait et, le cas échéant, quels en sont les résultats. D'autre part, les experts rhumatologues ne sont pas d'accord quant à l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée (100 % selon le COMAI, 50 % selon le Dr T_____).

En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, afin de déterminer exactement quelles sont les atteintes à la santé du recourant et les limitations qu'elles entraînent. L'instruction devra établir quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée, et quelles sont, le cas échéant, les mesures professionnelles à mettre en œuvre.

9. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à une participation à ses frais et dépens (art. 89H LPA).
10. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants.
3. Annule la décision de l'OCAI du 25 juin 2007 en tant qu'elle réduit la rente à une demi-rente d'invalidité.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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